



农村卫生院管理



张自宽 王崇一 朱敖荣 主编



农村读物出版社



R197.62

1

3

农村卫生院管理

中华人民共和国卫生部医政司 编著

6033/61

农村读物出版社



一九八八年·北京



668217

农村卫生院管理

中华人民共和国卫生部医政司 编著

责任编辑 宋 雁

*

农村读物出版社 出版

进 通 激 光 照 排

经贸大学印刷厂 印刷

新华书店北京发行所 发行

*

787×1092毫米 1/16 16.2 印张 400 千字

1989年3月第1版 1989年3月北京第1次印刷

印数 1-20600册

ISBN 7-5048-0724-9 / R · 10

定价: 6.50 元

主 编	张自宽			
副主编	王崇一 朱敖荣			
编 委	(以姓氏笔划为序)			
	王宝林	王崇一	史书山	刘绍朱
	左文运	朱子会	朱敖荣	李才芳
	李矢禾	李本孝	李泮岭	李时令
	李植因	李洪涛	李继光	杜皓林
	吴国华	张自宽	张德孝	周寿祺
	周树信	赵福田	姜中舟	姜守义
	姜继云	战云龙	施仲赋	胡依拉
	姚森林	陶意传	郭有声	徐正光
	崔可英	崔晓波	董云志	董殿华
	鲍定启			
执行编委	杜皓林	刘绍朱	吴国华	
	姜守义	姚森林		

前 言

《农村卫生院管理》是继 1983 年 1 月出版的《县医院管理》之后，又一本农村卫生事业管理系列书藉。该书系由卫生部组织黑龙江、吉林、湖北、安徽、江苏、广东、云南、四川、河南、山西等省、自治区及安徽医科大学和人民卫生出版社长期从事农村卫生事业管理及管理学研究的 37 位同志共同撰写而成。全书共分七章，力求在理论和实践相结合的基础上，比较系统地总结农村卫生院管理的经验和近年来农村卫生改革的经验，并提出了现阶段卫生院建设的规范性要求，可供乡镇卫生院、中心卫生院院长及各级卫生行政部门从事农村卫生事业管理的同志参考。

由于我国幅员辽阔，各地的社会经济和自然地理条件差异较大，基层卫生工作的基础及工作的方法、内容都具有各自的特点和经验。因此，本书所提供的原则和方法有待于在更广泛的实践中完善、丰富和发展。不足之处，敬希读者指出。

编 者
1988 年 6 月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 农村卫生院发展简史	(1)
一、从中华人民共和国成立到 1957 年	(1)
二、从 1958 年到 1978 年	(2)
三、从党的十一届三中全会到现在	(3)
第二节 农村卫生院的地位、性质和任务	(3)
一、地位	(3)
二、性质	(4)
三、任务	(5)
第三节 管理科学基本知识	(5)
一、管理的意义	(5)
二、现代管理的概念	(6)
三、管理的基本原理	(7)
四、目标管理	(10)
五、质量管理	(11)
第二章 行政管理	(14)
第一节 管理体制	(14)
一、领导隶属关系	(14)
二、领导体制	(14)
三、扩大卫生院的自主权	(15)
四、进一步完善各种形式的责任制	(16)
第二节 组织规模	(16)
一、卫生院的设置	(16)
二、卫生院的规模	(17)
三、卫生院的科室设置	(17)
四、卫生院的人员配备	(19)
第三节 人员管理	(20)
一、人员管理的重要性和用人原则	(20)
二、卫生技术人员管理	(21)
三、行政人员管理	(23)
四、人员考核	(25)
第四节 制订计划的依据和内容	(26)
一、制订计划的重要意义	(26)

二、制订计划的基本原则	(26)
三、计划的分类	(27)
四、计划的内容	(27)
五、制订计划的依据	(28)
六、编制计划的方法和步骤	(29)
七、计划的实施、评价、总结、提高	(30)
八、案例	(30)
第五节 卫生统计资料的收集和利用	(37)
一、卫生统计在卫生管理中的作用	(37)
二、卫生院统计资料的收集	(38)
三、卫生统计资料的利用	(41)
第六节 病案和图书管理	(50)
一、病案管理	(50)
二、图书管理	(52)
第七节 院长工作基本方法	(53)
一、院长的素质	(53)
二、院长的基本工作方法	(54)
三、思想政治工作和医德教育	(57)
第三章 医疗管理	(58)
第一节 医疗管理基本知识	(58)
一、医疗管理的概念	(58)
二、医疗管理的基本原则	(59)
三、医疗管理的任务和方法	(59)
四、医疗安全管理	(62)
第二节 中医和中西医结合工作	(63)
一、发展农村中医药事业的重要性	(63)
二、卫生院中医药业务工作	(64)
三、中西医结合工作	(65)
第三节 门、急诊管理	(65)
一、门诊工作的重要性	(65)
二、门诊工作的特点	(65)
三、门诊工作的任务	(65)
四、门诊规模与类型	(66)
五、门诊组织	(66)
六、门诊业务管理	(66)
七、急诊的概念和任务	(68)
八、急诊医疗管理	(69)
第四节 病房管理	(78)
一、病房管理工作任务和工作特点	(78)

二、病房医疗工作的基本内容和要求	(79)
三、病房管理的基本内容和要求	(83)
四、病房的医疗质量管理	(85)
第五节 医技科室管理	(86)
一、药剂工作管理	(86)
二、临床检验管理	(91)
三、放射线诊断管理	(92)
四、功能检查管理	(94)
五、供应室管理	(95)
六、手术诊疗管理	(95)
七、医技科室仪器设备管理	(97)
第六节 护理管理	(98)
一、农村卫生院护理队伍现状及护理人员应具备的素质	(98)
二、护理组织管理	(99)
三、护理质量管理	(99)
四、护理管理制度	(100)
第七节 康复医疗管理	(105)
一、康复医学概述	(105)
二、康复医疗管理的内容及要求	(107)
三、发展农村康复医疗事业	(108)
第八节 家庭病床管理	(109)
一、家庭病床的定义	(109)
二、家庭病床的任务与作用	(109)
三、家庭病床的组织管理与业务管理	(110)
第四章 社会卫生工作管理	(111)
第一节 实现“2000年人人享有卫生保健”的目标	(111)
一、“2000年人人享有卫生保健”战略目标的产生背景及其含义	(111)
二、实现“2000年人人享有卫生保健”的具体要求	(113)
三、“2000年人人享有卫生保健”的评价指标	(114)
四、实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标的关键是搞好初级卫生保健	(115)
五、当前我国卫生保健工作的几项主要指标	(117)
第二节 卫生防疫工作管理	(118)
一、农村卫生防疫工作的重要性	(118)
二、农村卫生防疫工作的基本任务	(118)
三、开展卫生防疫工作的组织设施	(119)
四、农村卫生防疫工作管理办法	(119)
第三节 妇幼保健管理	(125)
一、妇幼保健管理的意义及任务	(125)
二、妇女保健工作范围	(126)

三、儿童保健工作范围	(129)
四、妇幼卫生工作的评价	(131)
第四节 计划生育技术指导	(132)
一、计划生育技术指导工作的意义	(132)
二、计划生育技术指导工作的原则	(132)
三、计划生育技术指导工作的内容	(132)
四、计划生育技术指导工作的基本做法	(133)
第五节 健康教育	(134)
一、健康、健康教育的概念和农村健康教育的重要性	(135)
二、健康教育的内容	(135)
三、健康教育的形式和方法	(136)
四、卫生院顺利实施健康教育的必要条件	(137)
第六节 村卫生室的管理	(138)
一、村卫生室的性质和任务	(138)
二、对村卫生室的管理	(138)
第五章 经济管理	(142)
第一节 概述	(142)
一、经济管理的基本概念	(142)
二、经济管理的产生和发展	(142)
三、农村卫生院的经济性质	(143)
第二节 经济管理原则及主要内容	(145)
一、经济管理原则	(145)
二、经济管理的基本内容	(146)
第三节 经济来源与分配	(155)
一、经济来源	(155)
二、分配	(156)
第四节 财务管理	(157)
一、财务管理任务	(157)
二、会计制度	(157)
三、学会看帐	(159)
四、财务分析	(160)
五、财务计划	(161)
六、资金管理	(162)
七、财务监督	(163)
第六章 装备标准与建筑设计要求	(165)
第一节 装备标准	(165)
第二节 物资设备管理	(175)
一、设备管理	(175)
二、物资管理	(177)

第三节 基本建设管理和卫生院建筑设计	(179)
一、基本建设的概念	(179)
二、基本建设程序	(179)
三、建筑设计要求	(181)
第七章 卫生院工作的考核与评价	(193)
第一节 文明卫生院建设	(193)
一、开展文明卫生院建设的指导思想	(193)
二、开展文明卫生院建设的基本内容	(193)
三、文明卫生院的发展方向	(194)
第二节 考核、评价的目的与意义	(194)
一、考核与评价的目的	(194)
二、考核与评价的意义	(194)
三、考核与评价的内容	(195)
四、考核与评价的方法	(195)
五、考核与评价的时间与程序	(196)
第三节 农村卫生院考核评价的指标和标准	(196)
一、什么是指标	(196)
二、什么是标准	(197)
三、农村卫生院考核与评价的有关指标和标准	(197)
附录一：农村卫生院工作制度、人员职责和主要管理指标	(206)
一、农村卫生院工作制度	(206)
1、门诊工作制度	(206)
2、急诊与抢救工作制度	(206)
3、出诊制度	(206)
4、入、出院工作制度	(207)
5、病房工作制度	(207)
6、住院须知	(207)
7、医疗护理文书书写制度	(208)
8、处方及医嘱制度	(208)
9、查房制度	(209)
10、会诊、转科、转院制度	(209)
11、病案及死亡病例讨论制度	(209)
12、死亡病员料理及报告制度	(209)
13、查对制度	(210)
14、值班交接班制度	(211)
15、护理制度	(211)
16、消毒隔离制度	(212)
17、手术制度	(212)

18、差错事故登记报告制度	(212)
19、医疗登记统计制度	(213)
20、注射(处置)室工作制度	(213)
21、检验室工作制度	(213)
22、放射科工作制度	(213)
23、心电图、超声波诊断室工作制度	(213)
24、供应室工作制度	(214)
25、手术室工作制度	(214)
26、分娩室工作制度	(214)
27、药库工作制度	(215)
28、调剂室工作制度	(215)
29、制剂室工作制度	(215)
30、科室小药柜管理制度	(216)
31、毒、麻、限剧药品管理制度	(216)
32、家庭病床工作制度	(216)
33、卫生防疫工作制度	(217)
34、妇幼保健工作制度	(217)
35、中心卫生院对一般卫生院业务指导制度	(217)
36、院领导深入科室及村卫生室制度	(218)
37、会议制度	(218)
38、学习制度	(218)
39、考勤制度	(219)
40、奖惩制度	(219)
41、财务工作制度	(219)
42、被服管理制度	(219)
43、仪器设备管理制度	(220)
44、食堂管理制度	(220)
45、救护车管理制度	(220)
46、洗衣房工作制度	(220)
47、安全保卫制度	(221)
二、农村卫生院人员职责	(221)
1、农村卫生人员守则	(221)
2、总职责	(221)
3、正副院长职责	(222)
4、办公室人员职责	(222)
5、医疗组长(负责人)职责	(223)
6、卫生防疫组长(负责人)职责	(223)
7、妇幼保健组长(负责人)职责	(223)
8、药政组长(药房负责人)职责	(223)

9、后勤组长(负责人)职责	(224)
10、门诊主治医师(负责医生)职责	(224)
11、病房主治医师(负责医生)职责	(224)
12、家庭病床主治医师(负责医生)职责	(225)
13、门诊中、西医师(士)职责	(225)
14、病房中、西医师(士)职责	(225)
15、家庭病床医生职责	(226)
16、护士长(组长)职责	(226)
17、门诊护士职责	(226)
18、病房护士职责	(227)
19、注射(处置)室护士职责	(227)
20、手术室护士职责	(227)
21、供应室护士职责	(227)
22、家庭病床护士职责	(227)
23、护理员职责	(228)
24、卫生员(清洁工)职责	(228)
25、放射线工作人员职责	(228)
26、检验人员职责	(228)
27、心电图超声波理疗室人员职责	(228)
28、药剂人员职责	(229)
29、医疗资料统计员职责	(229)
30、卫生防疫人员职责	(229)
31、妇幼保健人员职责	(229)
32、会计职责	(230)
33、出纳员职责	(230)
34、收费员职责	(230)
35、挂号员职责	(231)
36、总务管理人员职责	(231)
37、炊事员职责	(231)
38、救护车司机职责	(231)
39、勤杂(洗衣)人员职责	(232)
三、农村卫生院主要管理(参考)指标	(232)
1、工作量和效率指标要求	(232)
2、质量指标	(233)
3、经济效益指标	(235)
4、主要质量指标计算式	(237)
四、农村卫生院基本药物名单(不含中药饮片)	(238)

附录二：卫生部文件：《关于印发“初级卫生保健合作中心”、“农村卫生示范县”目标管理的通知。

第一章 绪 论

第一节 农村卫生院发展简史

中华人民共和国成立之前，我国的医疗卫生机构很少，全国各级各类医疗卫生机构总计仅有 3670 个，其中医院 2600 所，病床 8 万张。这些医疗卫生机构大多集中在大中城市和沿海地区。1949 年全国 2100 多个县，仅有 1300 个县卫生院，病床 13000 张，县以下广大农村，除了在集镇上有少数开业的中医诊所和中药铺外，基本上没有医疗卫生设施，处于严重缺医少药或无药的状况。

新中国成立后，党和政府一直倡导把医疗卫生工作重点放到农村，强调要建立健全农村基层医疗卫生机构，解决广大农村的缺医少药问题。经过多年来坚持不懈的努力，在辽阔的中华大地上，一个以县级医疗卫生机构(包括县医院、中医院、防疫站、妇幼保健站、药检所、卫生学校等)为技术指导中心，以乡镇卫生院为枢纽，以村卫生室为前哨阵地的农村三级医疗卫生网逐步形成，并不断得到了充实、发展和提高。

我国的农村卫生院基本上是按农村的行政区划设置的，原则上是一个乡、镇设一所卫生院，一般都设在乡、镇政府所在地。但由于农村的行政区划经常变更，尤其在人民公社撤销后，有的地方乡、镇数量增加，故而尚未达到每个乡、镇都有一所卫生院。目前全国约有 9 万个乡、镇，而农村卫生院的总数则为 4.7 万所。

我国农村卫生院的发展历程，大体上经历了以下三个时期：

一、从中华人民共和国成立到 1957 年

这是农村基层卫生组织的初创阶段。早在 1950 年 8 月卫生部召开的全国卫生会议上，就提出了县设卫生院，区设卫生所，乡设卫生委员，村设卫生员的要求，强调要建立健全农村基层卫生组织，及时作出了《关于健全和发展全国基层卫生组织的决定》。《决定》指出：“人民政府的卫生工作必须逐步改革过去那种不合理的状态，贯彻卫生事业面向广大劳动人民的方针”。为此，必须在建立健全县卫生院同时，逐步建立区卫生所。要求各地重视培养医士、助产士等中级卫生人员，作为开展农村卫生工作的骨干。并号召动员城市的卫生人员下乡，动员和依靠中医，开办初级卫生人员训练班，以及组织开业医务人员定期服务等方法，解决卫生干部不足的问题。

建国初期，全国各地的农村基层卫生组织建设，以东北大行政区为最快。1950 年，原东北人民政府卫生部决定，在东北各省建立 40 个卫生实验县，每个实验县各建立 2~4 个卫生实验区，采取公办、公私合办、私人联合、群众集资以及合作社营、私营等多种形式，建立了一大批区卫生所。其中有 50 个区卫生所是由东北人民政府卫生部直接拨专款，按照统一设计的基建图纸施工，并由东北卫生部统一配备卫生技术人员

和医疗设备。当时，东北卫生部一次把 202 名中国医科大学的毕业生直接分配到 40 个卫生实验县的区卫生所工作，平均每个区卫生所配备医师 2 人，护士、助产士等中级卫生人员数人，设有医疗、防疫、妇幼保健等室，有门诊，也有病房，并开展巡回医疗和“家庭病床”。这便是早期建立的农村卫生院。

1951 年 5 月，卫生部召开了全国医政工作会议，总结了全国各地发展农村基层卫生组织的经验。会后，卫生部发布了《关于组织联合医疗机构实施办法》，号召在自愿的原则下，把私人开业的卫生人员组织起来成立联合诊所。联合的组织形式可分私人联合及公私联合二种，可以是中西医联合，也可以是中医或西医联合。联合之目的是为了：发挥集体力量，建立分工合作关系，充实设备条件，推行地区负责制，以发挥最大的医疗预防效能。

从此以后，全国农村在建立健全区卫生所的同时，各种形式的联合诊所发展很快。到 1957 年，全国联合诊所已发展到 5.7 万多所，成为农村基层卫生组织的主要形式。

除此之外，从 1955 年开始，随着农业合作化运动的发展，在山西、河北、河南等省的农村，有一部分农业生产合作社集资举办了农村保健站，采取收“保健费”的办法解决医生的报酬，社员看病只收药费，免收诊费及其它劳务费。1955 年冬，卫生部调查并肯定了山西省高平县米山乡农业社联办保健站的经验，从此，由农业社集资联办的保健站也有了较快的发展。

我国的基层卫生组织，不仅有区卫生所、联合诊所和农业社保健站，还包括有遍布广大农村的不脱产的接生员和卫生保健员。她(他)们是经过短期训练，具有一定卫生知识的农民，是开展群众卫生工作的基本依靠力量。

二、从 1958 年到 1978 年

这是从人民公社化到“文化大革命”的极左时期。也是农村卫生工作受“左”的影响最为严重的时期。这个时期的农村基层卫生组织基本上是按照人民公社的体制设置的。

1958 年，在“左”的路线指导下掀起了“大跃进”和“人民公社化”运动。随着农村人民公社的建立，原有的农村联合诊所、保健站和个体的医务人员，全部并入公社，国家举办的区卫生所也多数下放到公社管理。这些不同所有制的医疗卫生机构，共同组成了公社卫生组织，成为人民公社的组成部分之一。

公社卫生组织一般分为三级：公社设卫生院，生产大队设卫生所(室)，生产队设卫生员和接生员。公社卫生院是属于防治结合、中西医结合、医药结合性质的综合性的医疗卫生机构；生产大队卫生所(室)的卫生人员多数为半农半医；生产队的卫生员、接生员全部是不脱产的农民。

公社化以后，特别是“文化大革命”中，尽管农村卫生组织建设受到了“左”的干扰和破坏，但是由于广大卫生人员的努力和农民群众的大力支持，农村公社卫生组织建设仍是不断地有所发展，有所前进，有所提高，形成了农村三级医疗卫生网的格局。

农村公社卫生组织建设，一直得到城市医疗卫生机构的大力支持。许多地访采取了城乡挂钩，对口支援，大医院带小医院等办法，帮助农村培养卫生人员，提高技术，有力地支援了农村卫生事业建设。

为了解决农村卫生人力的不足，各地卫生部门采取多种形式，培养半农半医的卫生人员（“文化大革命”中被称为“赤脚医生”），形成了数以百万计的赤脚医生队伍，深受广大农民的欢迎。

三、从党的十一届三中全会到现在

党的十一届三中全会以来，经过拨乱反正，纠正“左”的错误，制定了改革、开放方针，从此我国农村卫生院建设进入了新的历史时期。

从十一届三中全会到现在已有十年。近十年来的农村卫生院在改革中不断前进。

——随着人民公社的撤销，乡（镇）政府的建立，原来的公社卫生院更名为乡镇卫生院并逐步实行由乡（镇）政府和县卫生局分级管理的领导体制。

——通过改革，农村卫生院扩大了自主权，实行了多种形式的责、权、利相结合的责任制，打破了“大锅饭”，调动了广大职工的积极性，出现了前所未有的生机和活力。

——在改革中有计划有步骤地开始进行了中心卫生院的建设和。初步建成了一批技术力量、房屋建设、医疗设备三配套的比较象样的中心卫生院。

——一般乡（镇）卫生院经过调整、改革，正在朝着扩大预防、加强初级卫生保健的方向发展。并有一批卫生院发展了小专科，突出了专科特长，变“小而全”为“小而专”。

——在改革中出现的医疗协作联合体，已由城市扩展到农村。各种形式的城乡医疗协作联合体不断涌现，有力地促进了农村医疗卫生事业的发展与提高。

——通过开展“创建文明卫生院”的活动，既促进了农村卫生院的医德医风建设、业务技术建设和规章制度建设，又促进了农村卫生院的改革。改革和精神文明建设密切结合，相互促进，这正是新时期农村卫生院建设的最重要的特征。

第二节 农村卫生院的地位、性质和任务

一、地 位

农村卫生院，包括中心卫生院（有些地方称为县分院、地段医院或区卫生院）和设有床位的乡镇卫生院，以及不设床位或只有少量观察床的乡卫生所。

农村卫生院的地位可从如下几点说明：

1、所居层次重要 农村卫生院基本上是与农村乡镇行政区划相适应的卫生事业单位。它处于县、乡、村三级医疗卫生网的中间层次，是连接县级医疗卫生机构和村级卫生组织的枢纽，起着承上启下的作用。农村卫生院行政上接受当地乡、镇政府的领导；业务上接受县政府的职能部门——县卫生局（科）的领导；技术上接受县级医疗卫生单位（如县医院、卫生防疫站、妇幼保健所、站）的技术指导。农村卫生院受当地政府和县卫生局的委托，对村级卫生组织进行管理和指导。中心卫生院还担负着对周围乡、镇卫生院的技术指导。（见图 1-1）。

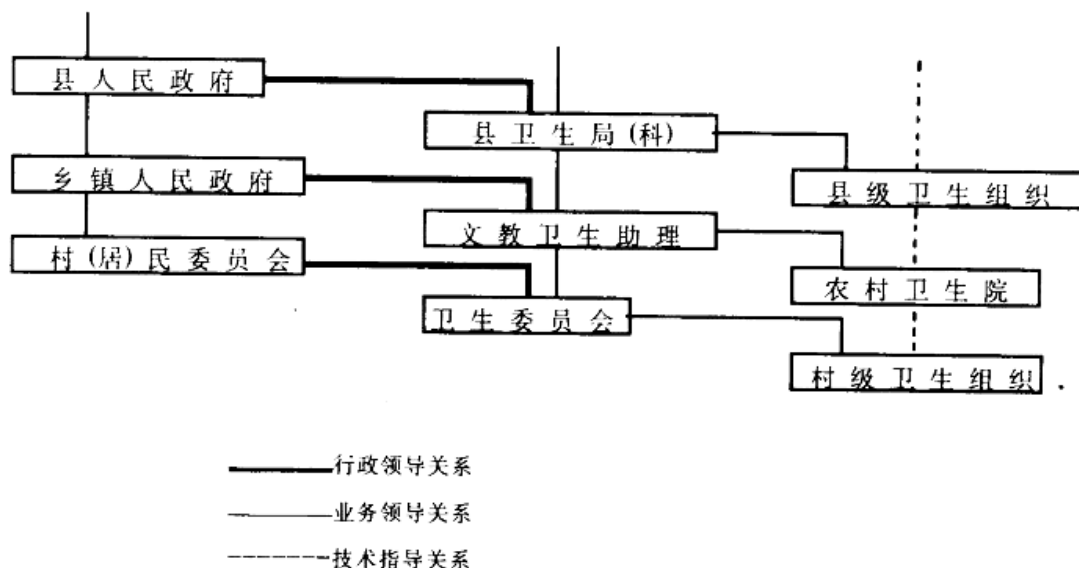


图 1-1 农村三级医疗卫生网示意图

2、所占比重突出 农村卫生院是我国卫生事业的一个重要组成部分。据卫生部统计，1986 年底全国共有农村卫生院(不包括乡卫生所)46967 所，占全国各类医院机构总数的 78.68%；共有卫生人员 882923 人，占各类医院卫生人员总数的 28.63%。共有床位 711234 张，占各类医院床位总数的 30.97%。其中：中心卫生院 10970 个，人员 366459 人，床位 318762 张；乡、镇卫生院 36417 个，人员 539412 人，床位 401857 张。另外，全国还有乡、镇卫生所 11985 个，92592 人，并有简易病床或观察床 15495 张。由此可见，农村卫生院的机构、人员、床位，在全国卫生事业，尤其是在各类医院中占有突出的比重。

3、所起作用明显 农村卫生院在实现“2000 年人人享有卫生保健”，保护八亿农村居民的身体康，促进农村经济和社会发展中，都起着十分重要的作用。它一方面担负着所辖范围的医疗、预防、保健、计划生育技术指导等任务，另一方面要指导村级卫生组织承担第一级的初次接触的卫生保健任务。

二、性 质

目前，从所有制的性质来说，农村卫生院基本上是两种：一种是全民所有制，约是卫生院总数的 1/3；一种是集体所有制，约是卫生院总数的 2/3，这两种所有制的农村卫生院都是国家卫生事业在农村的基层组织，是综合性的卫生事业单位。

随着农村经济体制的改革，农村卫生院在改革中也出现了一些新的办医形式。例如：由乡、镇集体经济组织举办；由集体经济组织和农村居民多方集资举办；由全民所有制的卫生事业单位与集体经济组织或与集体所有制单位联合举办；以及个人承包、租赁等。这些形式的出现，对活跃农村卫生事业，使之更加适应农村经济和社会发展的需要，都是有益的探索与尝试。

三、任 务

农村卫生院是设在农村基层的具有社会福利性质的卫生保健机构，必须在当地党政的直接领导下，坚持四项基本原则，贯彻执行卫生工作的方针政策，遵守国家法律和法规，树立全心全意为广大农村居民服务，为农业生产、农村经济发展服务的思想。

农村卫生院的任务主要有以下几方面：

(1)根据农村居民对医疗卫生服务的需求，协助乡、镇政府制订和实施本地区卫生保健发展规划和年度计划。

(2)在乡、镇政府及上级卫生部门的领导下，开展以“除害灭病”为中心的爱国卫生运动，宣传卫生科学知识，进行健康教育，协助有关部门搞好“两管五改”、农业及乡村企业的劳动卫生、学校卫生等卫生技术指导。

(3)防治传染病、地方病。严格执行疫情报告制度，做好疫区处理。做好预防接种和计划免疫工作。

(4)医治人民群众的疾病，开展门诊、出诊、住院和家庭病床患者的诊治以及急救工作。

(5)开展妇幼卫生保健和计划生育技术指导工作，保护妇女、儿童的身体健康。

(6)开展老年保健、精神卫生和社区康复，防治非传染性的慢性病。

(7)发掘整理有效的民间疗法，继承发扬祖国医药学遗产。

(8)负责对村级卫生组织和个体开业医的管理和技术指导，培训乡村医生、卫生员、接生员。

(9)监督执行《食品卫生法》、《药品管理法》等有关法规。

(10)负责卫生信息的收集、整理、贮存和反馈，及时准确地掌握情况，定期完成各种报表任务。

中心卫生院除完成上述任务外，要对周围乡、镇卫生院进行技术指导。

不设床位的乡卫生所，除不担负住院治疗任务外，其它任务相同，并应着重做好预防保健工作。

第三节 管理科学基本知识

社会主义建设，迫切需要现代化管理，需要大批合格的各级各类管理人员。世界上一切经济发达国家具有一条共同的经验，就是一个社会要兴旺发达起来，必须充分利用本国的一切资源，必须具有高度发达的科学与技术，但要使科学技术充分发挥作用，使一切资源得以最有效地利用，就必须依靠科学管理。

一、管理的意义

管理是共同劳动的产物。凡是有组织，有目的的共同劳动，都需要管理，以统一步调，并按一定要求达到预期的目标。共同劳动的规模越大，分工越精细，协作面越广，

管理工作就越复杂，越显得重要，简单地说，管理就是对共同劳动加以组织指挥，以期达到最大效能的一门新兴科学。随着社会经济和科学技术的发展，管理科学的作用越来越显得重要。在国外，有人把管理、科学、技术誉为现代化文明的三鼎足，是国家赖以生存，民族赖以发展的基础，而管理是居于推动的地位。

我国重视管理工作始于打倒“四人帮”之后。在过去相当长的一段时间内，没有把管理作为一门科学来研究，只是把管理简单地理解为“行政事务”，严重地影响了我国社会主义建设的进程，这是一条历史教训。党的十一届三中全会以来，党和国家对管理科学十分重视，在党的十二大报告中，提出了要“加强管理科学的研究，”采取了一系列措施，对加快我国现代化建设，必将产生深远的影响。

二、现代管理的概念

什么是管理?目前尚无统一的定义。有人认为，管理就是领导。有人认为管理就是决策。有人认为，管理就是控制。各种说法，都有其侧重的方面。概括来说，管理就是人们为了实现预定的目标，按照一定的原则，通过组织和协调等各种活动，以达到个人单独活动所不能收到的效果。这里必须弄清四个问题：

1、管理的本质和目的 管理的本质是指人类社会的生存与发展，要依靠人类集体力量的无限性，而集体力量的发挥和发展，则有赖于人群的分工与合作，即有赖于管理。管理的本质乃是放大所管理系统的功效。管理的目的，在于提高被管理系统功效的放大倍率。

2、管理的手段和工具 包括：机构、法、人和信息。机构是使管理对象构成系统的组织保证，没有机构就不成系统，无法管理。因此，机构体制组成是否合理，将在很大程度上影响管理的放大和创新作用。法和政策是保证管理工作正常运行的主要手段。使用政策和法律方法来进行管理，可以建立起比较稳定的秩序，有一种自动调节的功能，使管理系统中各个子系统明确自己的职责、权利、义务，从而使它们之间的沟通渠道畅通，并正常地发挥各自的职能，使整个管理系统自动有效地运转。管理人员是做好管理工作的决定因素，因为一切管理活动都要通过他们来完成。一定要建设好一支管理队伍，并充分发挥管理人员的积极性，主动性和创造性。信息是管理工作的基本工具。管理人员通过信息了解情况，又利用信息进行工作中的联系。如何正确运用信息这个工具，是加强科学管理和提高管理水平的重要环节。

3、管理的职能和过程 经常性的管理工作要通过各种职能及其实施过程，使全面工作得到不断的发展与提高。管理过程一般反映为计划、组织、人员配备、指导与领导以及控制等五大职能。计划是管理的主要职能，是指估量形势，确定目标，制定政策和策略，进行预测、选定实现目标的途径、方法和措施。组织职能是指为实现目标，建立权力机构和组织体系，明确职责、职权和协作关系，使系统在统一指挥下开展工作，协调发展。人员配备职能是指选拔、考评和培训各种人员，安排相应的职位等。指导与领导职能是指给下级人员指明在各种情况下如何进行和怎样实现目标的活动，并利用权力和威望等带领或调动下级人员一起去完成任务。控制职能是对实现目标的各种活动进行的检查、监督、衡量成效，纠正偏差、预防偏差等。

4. 管理的对象和内容 包括：人、财、物、时间和业务技术。

(1)人 是指被管理的业务技术人员以及下属的工作人员。高效能管理，是要使人尽其才，用人所长。

(2)财 要按经济规律办事，要合理使用资金保证管理计划的完成，并取得最好的社会效益和经济效益。

(3)物 是指设备、材料、仪器、能源等，要做到保证供应和物尽其用，要防止积压浪费和任意损坏，提高物化劳动的效果和利用率。

(4)时间 时间反映为速度、效率。时间是最特殊，最珍贵的一种资源。有效管理的显著特点之一，就是要十分珍惜时间，树立时效观念。

(5)业务技术 医疗卫生工作业务技术性很强，有其本身的特点和规律。管理工作必须遵循其特点和规律，促使业务技术更好地发挥作用。

三、管理的基本原理

指适用于各种科学管理的共性原理，具有普遍的指导意义。

1. 国家主导原理 国家主导作用在管理工作中具有极为重要的地位，它是管理工作正常进行的基本条件。管理计划的制订，必须与国家计划目标相一致；各项管理措施的实施，必须以国家的方针政策为依据。社会主义卫生事业是国民经济和社会发展的重要组成部分，要服从于和服务于党的总任务和总目标，贯彻党和国家的路线、方针和政策。要把为人民健康服务作为卫生工作的根本宗旨，并接受国家的监督，使卫生事业沿着社会主义方向前进。

2. 系统原理 有人认为，系统论是管理的哲学。系统是指由事物间相互依赖、相互作用的各种要素(主要指信息、人力、财力、设备、材料、能源、任务等)组合而成的，具有特定功能的有机整体。凡是客观存在的，由诸要素组成的各种独立事物，都可以看作为一个系统。一个部门、一个工厂、一项工程、一所医院都可看作一个系统。一个大系统至少由两个以上子系统构成，他们之间既互相联系又互相制约，处在一个整体之中。科学的管理就是要运用系统原理，以放大所管理系统的功效。

贯彻系统原理，要抓住系统的主要特性。

(1)目的性：一个系统必须有一个明确的目标，系统的一切活动都是为了实现这一目标，并争取得到最佳效果。卫生系统的总目标是防治疾病，增进健康，延长寿命，为建设“两个文明”服务。

(2)整体性：系统是由人员、物资、设备、财力、信息等要素组成。管理必须有全局观点，必须有一个系统的统筹规划。

(3)层次性：系统由不同层次的机构所组成，系统的各层次之间，应该职责分明、能调动各个层次的积极性，这才是有效的管理。要防止管理层次混乱。

(4)最优性：即满意性，要求系统的信息、能量和物质流动过程达到最优化。可用数学方法和先进计算技术找出最优决策、最优计划、最优设计，找出满意的方案。

3. 整分合原理 将整体任务分解为一个个基本组成单位，进行明确分工，建立责任制；然后再进行有效的综合。概括地说，就是整体把握，科学分解，组织综合。

(1)整体把握：对如何完成整体工作必须有充分的了解，然后从整体要求出发，制订整个系统的目标。不仅要了解本部门系统的全面情况，而且必须了解本部门在本行业、本行业在整个社会中所处的地位。

(2)科学分解：对系统目标进行科学的分解，将整体任务分解成一个个基本组成单位，进行明确分工，使每项工作规范化，建立职责分明的责任制。在合理分工的基础上组织有效的协作。这是整分合原理的关键环节。

(3)组织综合：对分工的各个环节进行强有力的组织综合，使各个环节同步协调、有计划地综合平衡发展。

4.反馈原理 反馈就是控制系统把信息输送出去，又把信息的作用结果返送回来，并对信息的再输出发生影响，起到控制作用，完成共同的功能，达到预定的目的。决策、执行、反馈，再决策、再执行、再反馈……，如此无穷地螺旋上升，使管理不断进步与完善。管理能否有效，关键在于是否有灵敏、准确、有力的反馈。它是管理的生命力。

5.封闭与开放原理 任何系统内的管理手段必须构成一个连续封闭的回路，才能形成有效的管理运动。在一个管理系统中应以指挥中心为枢纽，下面要同时设置执行机构、监督机构和反馈机构。指挥中心是司令部，由它发出指令，发给执行机构和监督机构(监督执行)。指令执行效果输入接受单位，接受单位根据管理效果发出原始信息，输入反馈机构。反馈机构将执行和监督的结果情况，经过整理和分析，返回指挥中心。然后根据新的情况发出新的指令，这就形成了管理的封闭回路。管理在封闭回路中不断运动，推动管理前进。(见图 1-2)

管理系统对内要进行封闭，对外则必须实行开放。这是因为一个管理系统必然受到周围各种系统的制约。开放就是要使管理系统的工作，必须与外界环境相适应。这种封闭与开放相结合的管理原则甚为重要，应当在管理工作中认真贯彻。

管理法规也要符合这种回路加以封闭。要有执行法、监督法、反馈法、仲裁法和错误处理法。

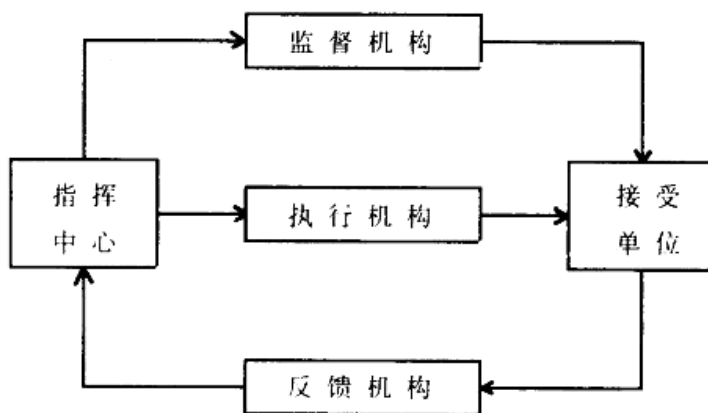


图 1-2 封闭原理模式图

6.能级原理 能是作功的本领。在现代管理中机构、法、人都具有一定的能量(即能力、才能等)。能量的大小是可以分级的。根据不同的能级建立层次分明的组织机

构，安排与职位能级要求相适应的人去担负管理任务，给予不同的权力和报偿。能级原理的基本内容有以下三个方面：

(1)管理的能级要有稳定的组织形态。稳定的管理系统一般是呈封闭的正三角形或金字塔形的结构。上面具有尖锐的锋芒，下面又有宽厚的基础。合理的管理三角，可分为四个层次：最高层是经营层，确定本系统的大政方针、经营模式。第二层是管理层，运用各种管理技术来实现经营方针。第三层是执行层，贯彻执行管理指令，直接调动和组织人、财、物管理要素。第四层是操作层，从事具体操作，完成各项具体任务。四个层次任务不同，能级有别，不能混淆，要使系统内各个能级在完成本身功能上发挥高效率。(见图 1-3)

(2)不同的能级应有不同的权力、利益和荣誉。做到在其位，谋其政，行其权，尽其责，获其荣，惩其误。

(3)工作的能级应该与人的才能相适应。各种管理岗位有不同的能级，人有不同的才能。相应的人才处于相应的能级岗位上。现代管理要求唯贤是举，知人善任。

(4)能级的适应要在动态中求得平衡。通过各种能级的实践、施展、锻炼来检验人们的才能，在动态中不断调整，使各种人才都能各得其所。

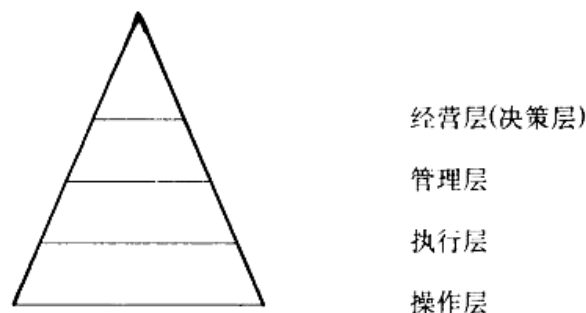


图 1-3 能级层次的划分

7.弹性原理 指管理必须保持适当的弹性，及时地适应客观事物各种可能的变化，才能有效地实行动态管理。这是因为管理所遇到的问题是多因素的，管理决策总是合力的结果。人们虽力求掌握这些因素，但要掌握所有因素，要百分之百地反映客观规律是不可能的。管理科学的研究，也不同于其它科学，不仅要抓住主要矛盾和关键问题，而且对次要矛盾和具体细节也不能忽视，要多因素综合平衡，以求最优效益。管理是人的社会活动，人的思想不断变化，管理方法也应不断变化，要因时因地因人制宜。因此，管理必须进行科学预测，事先准备可供选择的多种方案，充分分析事态的多种可能发展的趋势，提出可行的紧急处置措施，随时可以调节，保证管理工作正常进行。

8.动力原理 动力是管理的能源。管理必须有强大的动力，并且正确地运用动力，使管理持续有效地进行下去。动力又是一种制约因素，使管理有序地进行。动力原理在很大程度上决定了其它原理的效能。动力有三种：

(1)物质动力：这是基本动力。包括对个人的物质鼓励和社会经济效益，使二者互相结合。任何企事业单位都必须有物质动力，将生产的经济效益同职工的物质利益结合起来，是现代化管理的有效杠杆。但物质动力并非万能，运用不好也不能达到目的。物质动力不能用“奖金动力”代替，更不能一切向钱看。

(2)精神动力: 包括对理想、信仰的追求和日常思想政治工作的激励。人是有思想意识的, 必须有精神动力。这不仅可以补偿物质动力的缺陷, 而且本身有巨大的威力。全面实现“四化”, 本质上是一场极其深刻广泛的社会革命, 需要强有力的思想政治工作, 需要加强社会主义精神文明建设。

(3)信息动力: 当今的社会, 信息是一种重要的资源, 信息的传递和交流是推动事物发展的巨大动力。一个国家, 一个系统, 一个单位都必须实行开放, 收集一切有用的信息, 进行加工处理、分析, 然后作出决策。

以上三种动力同时存在, 但各有差异, 而不是绝对平均的。在一定的时、人、地条件下有不同的作用, 管理者应及时掌握动态变化, 结合实际灵活运用, 使动力真正达到调动群众的积极性这一根本目的。同时要处理好集体动力和个体动力的关系, 因势利导, 综合平衡, 在与集体动力大方向基本一致的前提下, 充分发挥个体动力的作用, 形成较理想的集合动力, 以获得最佳的管理效果。

9.竞争原理 社会主义的竞争是在社会主义公有制的基础上, 在为“四化”建设服务的前提下, 借助于信息动力和人们争胜、好强的心理来推动事业的发展。这种竞争是在国家统一计划指导下进行的。社会主义竞赛就带有竞争的性质。在鼓励竞争的同时, 又要加强集体主义观念和协作精神的教育, 防止本位主义和个人主义, 防止以邻为壑。提倡在竞争中相互学习, 相互帮助, 取长补短, 共同提高。

10.效益原理 指在管理工作中要注重实际效益, 即以最小的消耗代价, 获取最大的社会效益和经济效益。现代管理的价值原则是大价值、高效能、低成本。社会主义卫生事业的发展要坚持为人民服务的方向, 首先要考虑社会效益, 同时也要考虑经济效益。卫生工作的社会效益主要表现在: 通过不断提高医疗保健服务质量, 努力改进服务态度, 逐步满足社会对医疗卫生保健日益提高的需要, 从而有效地保护劳动力, 保护人民健康, 有力地支援“四化”建设。经济效益是指在经济活动中, 用较少的投入获得尽可能多的成果。医疗卫生部门的经济效益主要是通过扩大服务范围和服务项目, 在保证医疗保健服务质量的前提下来实现。

四、目标管理

“目标”是组织活动在一定时期内所要达到的目的, 是一个管理计划的终点, 是一切管理活动的依据。它决定着人们共同劳动的方向, 规定着人们的基本任务, 成为人们行动的纲领。目标管理是计划管理工作的一种方法。通过职工参与制订和实施共同目标和分目标, 将目标与每一个人的工作成果相联系, 并由此规定他们的主要职权和职责, 指导经营管理与评价每个人的贡献, 以提高职工工作积极性和工作效率。

1.目标管理的实施步骤:

(1)由组织管理者提出总体目标和行动计划, 并决定衡量成效的客观标准和考核评价方法;

(2)从上到下制订目标管理系统, 订立各部门、各层次的具体目标;

(3)订立个人目标及行动计划, 形成组织系统的目标锁链;

(4)定期评定、反馈和调整目标;

(5)评价结果，考核成效。(见图 1-4)

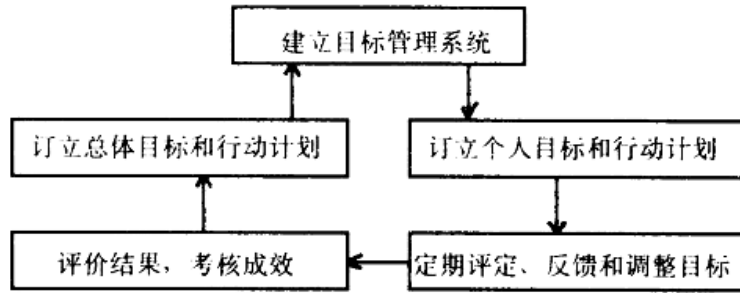


图 1-4 目标管理过程示意图

2.目标管理成功的先决条件

- (1)对实行目标管理有坚定信心;
- (2)国家、集体、个人利益的合理结合;
- (3)掌握充分的信息;
- (4)对实现目标的手段有控制权 (包括实施过程、人员、物质、经费等);
- (5)对由于实行目标管理而带来的风险要予以勇于承担的激励。

3.目标管理应遵循的基本原则:

- (1)总目标与分目标要保持一致，分目标必须符合总目标的要求。
- (2)分目标要直接或间接有利于某项事业或改善其它工作。
- (3)总目标和分目标对单位和职工有激发作用。
- (4)目标的内容要以重要工作为主。
- (5)目标之间要注意平衡、协调，避免互相影响或牵制。
- (6)目标要与人力、物力、财力相适应，既要有挑战性，又不能过高要求。
- (7)目标完成的期限应长短适中。
- (8)各项目目标应尽可能数量化。

五、质量管理

所谓质量通常是指一项服务工作的优劣程度。任何一种质量都受客观因素的制约，有一定范畴和预定标准，可以分析、区别、比较、鉴定和作出评价。卫生部门是为人民健康服务的，其质量的优劣，大量是通过群体或个体的防病治病效果表现出来，常用群体或个体的健康水平加以综合评价。所谓质量管理，就是运用计划、组织、协调、控制、教育与提高等管理职能，对质量系统实施的管理。通俗的说法，就是为保证和提高质量，依据质量形成的规律，通过科学手段所进行的管理。

质量管理是全部管理的核心。质量管理对卫生系统更有特殊意义。卫生系统工作的对象是有生命的人，这里不仅包括病人的个体与群体，还包括健康人的群体与个体。他们的生存、健康、长寿应是卫生系统质量管理的总目标。为了达到这一目标，对广大人

民群众的生、老、病、死都要管好。任何一个过程或任何一个环节上的工作缺陷或失误，都可能导致增加痛苦、机体残废、丧失劳动能力，甚至危及人的生命，影响民族繁衍。因此，质量管理是农村卫生院的重要职能，是科学管理的核心。应当以卫生技术和全体职工为主体，把行政管理、专业技术和统计方法密切地结合起来，建立一套完整的质量管理体系，在医疗、预防保健工作的全过程中，把各个环节上影响质量的因素都控制起来，以满足广大农村居民对卫生服务的需求，达到各项质量要求的最优化目标。

质量管理作为一门科学，不仅形成了自己的一整套管理体系，而且还在实践中确立起独具特性的一些基本观点。这些观点对卫生系统的质量管理，同样具有指导意义。

(1)质量第一的观点 它要求各项卫生工作从开始进行到结束的全部管理，都要把质量放在首位。

(2)预防为主的观点 把质量管理的“事后检验”转到“事先预防”上来，把可能造成质量低劣的各种因素控制起来，消灭劣质于形成之前。

(3)用数据说话的观点 离开数据，质量管理就缺少客观依据。力争用数据来表明质量特性的规律是现代质量管理的一个重要方法。供质量管理用的数据要经过收集、整理和分析，做到准确可靠。

(4)标准化的观点 标准化即质量参数统一化，是质量管理的基础，既是衡量质量的标杆，也是进行工作、技术管理的依据。质量标准要统一、先进、合理、实用、可靠和保持相对稳定。

(5)系统的观点 就是把质量与质量管理看成是一个完整系统，对构成质量系统的诸要素实行全面管理。

(6)全面质量管理 运用系统的观点，在一个组织内，由各个部门在质量发展、质量保持和质量改进方面一起努力，以便能按最经济的标准提供使群众满意的服务。它具有全面性、全员性、全过程性、预防性、服务性和科学性的特点。

在质量管理中要有质量控制手段，就是要运用先进的方法，消除工作程序中的质量变异因素，控制服务质量达到预定标准。常用的几种主要方法：

(1)质控数量统计 它是利用测量数据、统计图表为手段，来控制工作中的质量。主要包括质量变异分析，成品验收抽样。常用的统计工具有排列图、因果分析图、直方图、相关图、控制图、检查表和分层法等。

(2)实行标准化 这是质量管理的基础和依据，也是实现质量目标的保证。标准化使同类各项多次反复的工作质量统一进行分析、比较和衡量水平高低成为可能。

(3)建立 PDCA 体制 又称为戴明(Deming)循环，即 P(计划)、D(实施)、C(检查)、A(处理)四个阶段工作过程。每循环一次提高一步，同时系统内部也在循环。这样就把整个部门形成一个体系，从前工序到后工序，从前方到后方，从领导到每个质量管理小组到每个人都有自己的 PDCA 循环，循环越快，进展越快。

(4)健全质量管理体系 通过管理职能的有效发挥，控制生产和工作质量处于最佳状态，保证质量目标的实现。质量管理体系，一般由决策、执行、监督三级层次构成，各司其职，各负其责。

评价质量的常用方法：一是统计分析法；二是抽样检查法。目前农村基层卫生单位一般采用“考核评比记分法”，通过“记分表”做出评价，收到了较好的效果，但要进一步完善指标体系和建立一套科学的考核方法。

第二章 行政管理

第一节 管理体制

党的十一届三中全会以来，随着农村经济体制的改革，农村卫生院的管理体制也进行了一些改革。综述各地的改革情况，从领导隶属关系，领导体制，扩大卫生院自主权，进一步完善各种形式的责任制等四个方面，略述卫生院的管理体制问题。

一、领导隶属关系

中心卫生院的行政工作以县(旗、市)卫生局领导为主。党的工作和日常的思想政治工作，应服从所在乡(区、镇)党委的领导和安排。

一般乡(镇)卫生院多数也是由县(旗、市)卫生局和所在乡(镇)政府实行双重领导。当前，随着乡政权建设的完善和乡财政的建立，乡卫生院由乡政府领导为主的管理体制已在不少地区试行，并收到显著效果。

二、领导体制

农村卫生院的领导体制，过去一直没有统一的规定。1978年12月，卫生部、国家计委、农林部、财政部、国家劳动总局联合颁发的《全国农村人民公社卫生院暂行条例(草案)》规定：“公社卫生院设正、副院长，负责全院的卫生行政和业务领导工作。”基本上明确了农村卫生院的领导体制。

近几年来，经过改革的实践，比较普遍地认为，为了充分发挥农村卫生院院长在行政、业务方面的领导作用，乡(镇)卫生院在领导体制上应该实行院长负责制。实行院长负责制的乡(镇)卫生院，院长可由职工民主选举，报上级批准；也可以在群众推荐、组织考察的基础上，由上级任命。原则上，中心(区、地段)卫生院的院长，由县卫生局任命，乡(镇)卫生院的院长，经与县卫生局协商同意后，由所在乡(镇)政府任命。副院长由院长选聘，报县卫生局或乡(镇)政府备案。

院长负责全院的行政、业务工作领导。院长应有人事调动权、经费使用权、奖金分配权和对职工实行奖惩权。副院长协助院长工作，向院长负责。

科室(股、组)实行科、室主任(股、组长)负责制。科、室主任，股、组长由院长聘任，向院长负责。

有独立党支部的卫生院，支部的任务主要是保证、监督党的路线、方针、政策在本院的贯彻执行，做好职工的思想政治工作。教育党员在各项工作中起模范带头作用，党支部发挥战斗堡垒作用。

院长的人选，应按照“革命化、年轻化、知识化、专业化”的原则选择，要懂业务、会管理，并且不要脱离业务工作。

院长实行任期制，每届任期三年左右，连选可以连任。不称职者，可由任命机关撤免，或由职工大会、职工代表大会罢免或由本人提出辞职。

院长、副院长的人数，中心(区、地段)卫生院一般设正、副院长各一人。乡(镇)卫生院一般只设院长一人，规模较大的乡(镇)卫生院，可增设副院长一人。

卫生院内部实行干部聘任制、工人合同制。院长聘任各科、室、股、组负责人，各科、室、股、组负责人聘任本科、室、股、组的职工。在聘任职工时，要出以公心，坚持任人唯贤，知人善任，做到人尽其才，各得其所。对落聘的人员，要根据不同情况，妥善安置。并鼓励自找职业、自谋出路。

农村卫生院要实行民主管理，充分调动广大职工办好卫生院的积极性，发扬当家作主的主人翁精神。民主管理的形式，一般是建立职工代表大会或职工大会制度，对卫生院的工作实行群众监督。

职工代表大会或职工大会的主要任务是：

(1)审议本院的重大问题，如业务发展规划、改革方案、年度工作计划总结、财务预算决算以及职工生活福利的重大问题等；

(2)监督院长正确行使自己的权力，维护职工的正当权益，保障职工参加民主管理；

(3)向院长提出批评和建议；

(4)有权罢免或提请上级罢免不称职的院长。

三、扩大卫生院的自主权

扩大乡(镇)卫生院的自主权，是卫生院管理体制改革的核​​心。只有扩大卫生院的自主权，才能把乡(镇)卫生院搞活办好。

集体所有制的乡(镇)卫生院，要在国家和集体的扶持下，实行独立核算，自负盈亏，按劳分配，民主管理。全民所有制的乡(镇)卫生院，也可以参照集体所有制卫生院的办法进行管理。

扩大乡(镇)卫生院的自主权，主要是扩大卫生院的人权、财权和管理权。在遵守国家有关的政策、法令、完成卫生行政部门下达任务的前提下，他们有下列自主权：

(1)有权对职工实行聘任制及合同制。

(2)有权聘请和接收有专长的卫生技术人员(包括城市和农村的)到本单位长期或短期工作，并给予优惠的待遇。也有权拒绝接收任何单位、任何个人强行安排的非专业人员。

(3)有权对本单位的物资、资金进行分配和安排使用。

(4)根据本单位的技术优势，决定本单位的业务发展方向和科室建制。

(5)有权对职工实行奖惩，包括对贡献大、表现突出好的职工增加报酬，对不称职的工作人员实行解聘或辞退等。

四、进一步完善各种形式的责任制

1.建立健全各级各类人员的岗位责任制 要明确各级各类人员的工作范围、职责，并赋予相应的权力。做到事事有人管，人人有专责，办事有标准，工作有检查。在制定各类人员的岗位责任时，要做到任务明确，指标适当，并建立起严格的考核制度。定任务、指标要有客观依据，对各项工作都要有数量和质量的具体要求。

在建立健全岗位责任制时，要注意把责、权、利很好地结合起来。近几年来，许多乡(镇)卫生院都根据自己的实际情况，进行管理上的改革，实行多种形式的责任制，如任期目标责任制、技术经济责任制、承包责任制等。这些责任制的推行，使个人的经济利益与集体利益以及个人的劳动贡献挂起钩来，基本上消除了“平均主义”、“大锅饭”的弊端，调动了广大职工的积极性。目前，这些改革还要通过实践，继续探索，总结经验，存利去弊，不断完善。所以确定责任制的形式，应该因地制宜，实事求是，切忌“一刀切”。

无论实行什么形式的责任制，都要以坚持社会效益为最高准则，在保证社会效益的前提下讲求经济效益。要加强经济核算，积极组织合理的经济收入，并注意节约开支，减少浪费。

2.建立健全必要的、切实可行的规章制度 乡(镇)卫生院的工作制度，要根据卫生院规模的大小和承担的任务，从便民利民和农村实际情况出发来制定。一般来说，应该包括门诊、急诊抢救、出诊、巡诊以及病房、值班、交接班、病历书写、查房、查对、医疗登记统计、病案及死亡病例讨论、差错事故登记、隔离消毒、疫情报告等项基本业务工作制度(具体工作制度见附录)，以及医疗护理常规和技术操作规程等。

第二节 组织规模

一、卫生院的设置

农村卫生院的设置，应该从本县(旗、市)农村的实际情况出发，要做到布局合理，方便群众，有利生产。

目前，大多数省、市、自治区是按乡(镇)的建制，以乡(镇)为单位设置卫生院。也有少数地区打破乡(镇)的行政区划界限，按实际需要调整对卫生院的设置作了调整。

各地农村卫生院的设置，基本上是两种形式。一种是中心(区、地段)卫生院，比一般卫生院有较好的技术条件，是一个区域两个或两个以上的乡(镇)的医疗卫生技术中心。另一种是一般的乡(镇)卫生院或卫生所，担负着本乡(镇)的卫生医疗工作任务。

鉴于目前国家对卫生事业的投入还不可能大幅度增长，多数乡(镇)的经济实力也并不雄厚，短期内不可能给卫生院较多投资的实际情况，一个县(旗、市)应该集中力量重点建设好一、二个或二、三个中心卫生院，搞好人员、房屋、设备三配套，适当增加床位，努力提高诊疗技术水平，使其真正成为名符其实的中心卫生院。一般的乡(镇)卫生院或卫生所，也要通过改革、整顿，更有效地发挥承上启下的作用，更好地为广大农村

居民服务。

在考虑卫生院的设置时，应该注意以下因素。

- (1)经济情况；
- (2)人口密度；
- (3)地理位置和交通条件；
- (4)病人流向。

二、卫生院的规模

农村卫生院规模的大小，主要取决于农村居民对医疗卫生工作的需求。在需求较高的乡(镇)，卫生院的规模应该大一些。在需求较低的乡(镇)，如果规模过大，往往会造成人力、物力、财力的消耗。当然，群众对医疗卫生的需求不会是固定不变的，随着农村经济的发展和科学水平的提高，农村居民对医疗卫生的需求也会越来越高。这就需要进一步发展卫生事业，调整卫生院的规模，以适应群众的新需求。在具体考虑卫生院的规模时，应注意以下因素。

1.人口的多少 乡(镇)人口的多少，是决定卫生院规模大小的主要因素。在现阶段，一般可以按每千人口设一张床位的比例计算。但中心卫生院和地理范围较大、人口较少且居住分散的山区、牧区、海岛、少数民族地区的乡(镇)卫生院，按人口设置床位，可以适当高于千分之一的比例。

2.医疗机构的布局 在靠近县医院、厂矿企业职工医院，部队医院的乡(镇)，其卫生院的规模不宜过大。有专科特长的卫生院，应发展专科特长，发挥专科优势，有的可创造条件，向小型专科医院过渡，但仍应承担全乡(镇)的预防保健和急重病的抢救任务。在远离县医院，又没有其它医疗机构的乡(镇)，卫生院的规模应该大一些，以适应群众防病治病的需要。

3.防病治病任务的大小。

4.服务半径的长短。

农村卫生院的床位数不宜硬性规定，要根据当地和本院的实际情况灵活设置。但无论中心卫生院或一般卫生院设置的病床，都必须符合要求，即有一定比例的医护人员，有基本病房设备(如病床、床头柜、床上被褥、热水瓶、脸盆、痰盂等)。

没有条件的卫生院可以暂不设病床、或只设观察床。

三、卫生院的科室设置

卫生院的科室设置，要根据农村防病治病、卫生保健工作的需要，从卫生院的实际出发，并且遵循精干、效能和分工协作的原则。由于我国农村卫生院的情况各异，规模大小悬殊，每个卫生院的具体条件也各不相同，很难对卫生院内部机构设置作统一规定。下面附两种类型卫生院，供参考。(见图 2—1，图 2—2)

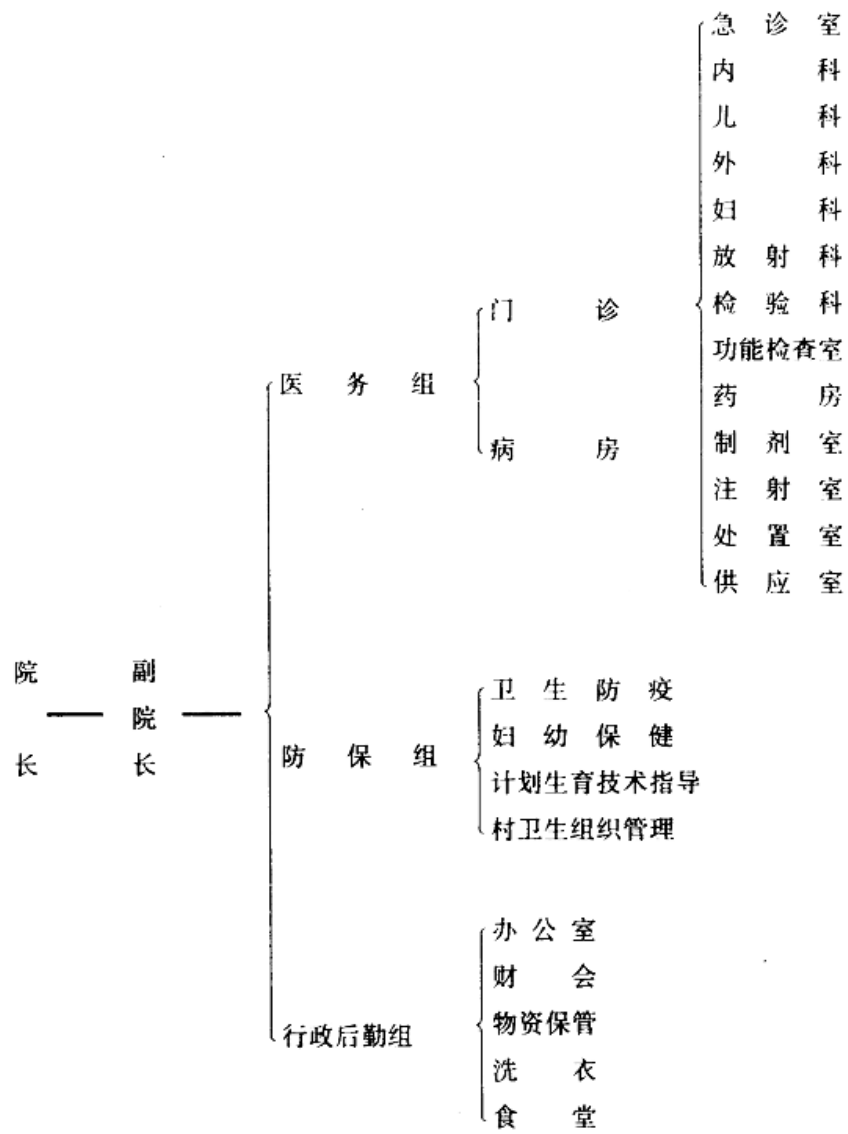


图 2—1 中心卫生院机构设置

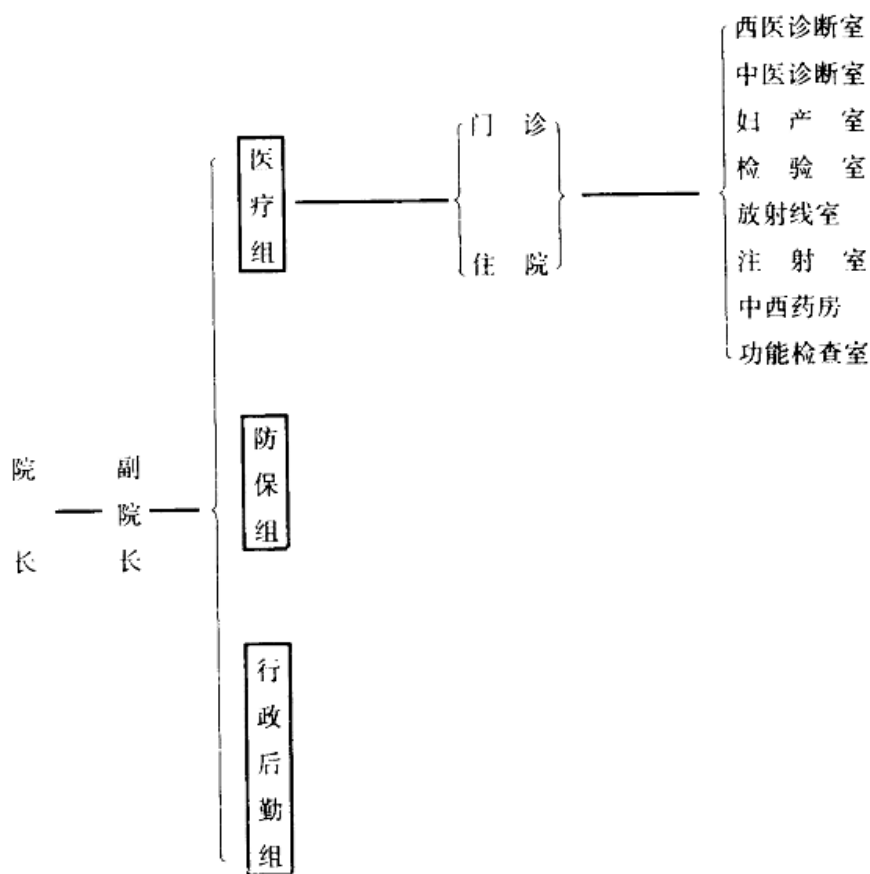


图 2—2 乡(镇)卫生院机构设置

四、卫生院的人员配备

乡(镇)卫生院的人员配备，可以根据本乡(镇)的人口、防病治病任务、地理交通条件和服务半径等情况研究确定。也可以在一个省、直辖市、自治区的范围内，由卫生厅(局)统筹考虑，按不同的地区类别，制定不同类型的编制方案。

1.人员编制 乡(镇)卫生院的人员编制，目前原则上可以按每千人口有一名左右卫生人员的比例计算。乡(镇)范围大，人口少而又居住分散的山区、草原、少数民族地区的卫生院以及经济文化发达地区的卫生院，其人员编制可以高于这个比例。中心卫生院的人员编制按所设床位数计算，可参照中华人民共和国卫生部 1978 年发布的《综合医院组织编制原则试行草案》的规定，每张床位与工作人员之比，一般按 1 : 1.3~1.5 计算。

2.人员配备 参照卫生部发布的《综合医院组织编制原则试行草案》的规定，卫生院各类人员的比例拟为：

中心卫生院。卫生技术人员占总人员的 80~85%，行政管理、工勤人员占总人员的 15~20%，其中行政管理人员占 5~8%。

一般乡(镇)卫生院。卫生技术人员占总人员的85~90%，行政管理、工勤人员占总人员的10~15%，其中行政管理人员占4~6%。

关于各类卫生技术人员的配备，应逐步提高大、中专毕业生的比例，逐步减少初级卫生人员的比例。

第三节 人员管理

农村卫生院的人员构成，主要包括三个基本部分：卫生技术人员、行政人员和工勤人员。本节重点论述人员管理的重要性和用人原则，卫生技术人员和行政人员管理，以及人员考核问题。

一、人员管理的重要性和用人原则

人员管理在整个管理工作中占有极其重要的地位。这是因为：在一个管理系统中包括许多要素，基本的要素有人、财、物、时间、信息、任务等，而人在诸要素中具有特殊的地位和作用。无数事实证明，人的能动性发挥的程度与管理的效应成正比，即人的能动性发挥的程度越高，管理的效应就越大；反之亦然。

1.人在管理系统中的特殊作用 人是生产力中最活跃的因素，人才是“最宝贵的财富”。一个有效的管理者的重要职责，就在于发现人才、开发人才、利用人才，以达到最优的管理效益。离开人，离开对人的管理，就谈不上“科学管理”。因此，现代管理科学把人员管理作为它的核心内容。

2.如何充分发挥人的能动性 人的能动性，即人的主动性、积极性和创造性。如果人的能动性发挥不出来，任何管理系统都不可能收到预期的成效。要充分发挥人的能动性，在选拔、配备和使用人员上，必须坚持下面几项原则：

(1)德才兼备的原则：即贯彻“德才兼备”、“任人唯贤”的用人准则，坚决反对“任人唯亲”和以个人恩怨、好恶作为用人的标准。只有这样，才能把各类人员放在最适当的岗位上，充分发挥他们的作用。

(2)功能需要的原则：根据卫生院各种不同任务的需要来配备和使用人员。即要因事配人，使每个人的作用得到充分发挥；不要因人设事或滥配人员，以免互相扯皮，造成“内耗”，抵消力量。

(3)能级对应和协调的原则：人的能力有大小，要按每个人的能力放在相应的岗位和能级上，做到能级对应，人尽其才，才尽其用。

(4)合理搭配、整体效能的原则：卫生院各业务技术科室、行政部门和后勤部门之间，各职类、职级之间，依据单位的功能、任务、规模，存在着相互制约和相互依赖的关系，客观上要求有个合理的比例。只有按合理的比例进行人员搭配，才能使各部门、各类人员之间，产生协调稳定的工作关系，使之互相协作，互相补充，形成最佳结构，发挥整体效能。

(5)动态发展的原则：这个原则要求人员的能级与岗位的能级必须动态对应，使人

员在各个能级中不断地运动。通过运动，检验他们的才能，以便恰当地调整岗位，达到各就其位发挥最佳效能的目的。

(6)激励的原则：即对作出成绩的人员，要及时地予以肯定和奖励。

最后应该强调的是，要充分发挥人的能动性，必须加强思想政治工作。思想政治工作的根本任务是提高人员认识世界和改造世界的能力，建立领导者与被领导者之间正常的、合理的关系，最大限度地调动每个人的积极性，达到最佳的工作效能。基本方针是疏导，而不是堵塞。基本方法有灌输宣传的方法、表扬激励的方法以及批评教育的方法等等。

二、卫生技术人员管理

农村卫生院的卫生技术人员，处于农村医疗卫生保健工作的第一线，是一支防病治病的骨干力量，他们的主要服务对象是广大农村居民群众。因此，加强农村卫生院卫生技术人员管理，充分调动他们的工作积极性，对于搞好农村卫生工作，保障广大农村居民身体健康，促进生产的发展，具有十分重要的意义。

1.卫生技术人员的工作特点和结构 农村卫生院除受乡政府的行政领导、县卫生局的业务领导外，还接受县医院、县卫生防疫站、妇幼保健所、药品检验所及其它专科防治机构的技术指导，这就决定了卫生院卫生技术人员所担负的工作具有三大特点：一是综合性强，上下左右都有工作联系；二是组织管理工作量较大，如对农村卫生室(所)、乡村医生和卫生员、接生员以及个体开业医生的指导和管理等等；三是医疗任务量不固定，如农闲时病人显著增加，农忙时则明显减少，受季节性、时间性影响较大。因此，要求卫生技术人员做到“三要：一要“一专多能”；二要会防会治会管理；三要彼此协调合作。

为适应上述特点及本单位实际工作的需要，应使各类卫生技术人员的比例和结构达到合理化、科学化，逐步形成一个高效能的工作群体。一般来说，应注意如下几个方面的结构：

(1)知识结构：主要是指各科室的卫生技术人员，应由初级、中级、高级知识水平的人按一定的比例形成一个梯队，并随着事业的发展变化不断地予以调整，使具有不同知识水平的人，各有相称的岗位，发挥其所长，互相协作，相得益彰。如果统统是一个知识水平的人拥集在一个科室，不仅浪费人才，而且相互抵消力量。

(2)专业结构：一个卫生院需要各种专业人员，诸如医疗专业、卫生专业、中医专业、儿科专业、口腔专业、药学专业、检验专业、放射专业，以及护理专业等。应按照合理的比例关系予以配备，形成一个合理的结构。如果某个专业的人员超过需要，而另几个专业的人员严重不足，则将造成“某些人没有事干，某些事没有人干”的不合理现象。当然，对于一个农村卫生院来说，也不宜分科过细、搞“小而全”，应加强相近专业的协作、相近专业人员的合理兼职等，以利于互相补充，避免忙闲不均。但从整体来说，必须有一个基本的、合理的专业结构，才能保证各项任务的顺利进行。

(3)能力结构：是指由不同类型能力的人合理搭配而组成的结构。如果同一类型、气质或能力相当的人超过需要数量而挤在一起，一般很难协调、合作，势必抵消力量。

只有按照需要将能力不同的人组织在一起，才能互相补充，协调地工作。这就需要“量才录用”、“合理搭配”，以“各尽所能”。

(4)年龄结构：一个最佳的年龄结构，应该由经验丰富的老年卫生技术人员、作为中坚骨干的中年卫生技术人员和奋发有为的青年卫生技术人员所构成。

总之，从管理科学上说，卫生院是一个以卫生技术人员为主的群体。这个群体，应当具有合理的知识结构、专业结构、能力结构和年龄结构，形成一个多层次的、动态平衡的、高效能的工作群体。

2. 卫生技术人员的培训 从某种意义上说，一个卫生院的医疗服务质量主要取决于卫生技术人员的水平。而且，随着医疗卫生事业的不断发展，知识更新周期的不断缩短，以及人民群众对医疗卫生保健需求的不断变化，从而对卫生技术人员的专业知识和医疗技术水平提出了新的、更高的要求。因此，不断加强培训是十分重要的。这是卫生院领导者必须经常规划和安排的一件大事。一般来说，在培训工作中应遵循下面几个原则：

(1)学用一致性原则：即坚持“理论与实践相结合”、“专业对口，缺啥补啥”的培训原则。因为培训的目的，是为了使卫生技术人员能够把学到的知识和技能，及时地用于工作实践，提高工作效率。这就需要通盘考虑，有针对性地进行培训。例如，通过培训弥补某种专业人员的短缺，从而加强薄弱环节，改善专业人员的结构；选拔有条件、有基础的人员进行培训，培养某学科的带头人，从而在短期内收到成效，发挥作用；增添新的检测仪器设备后，为掌握新的技术手段而及时地进行人员培训，尽快应用等等。

(2)结构的层次性原则：即对不同层次人员的培训，在内容和要求上应区别对待，不搞“一刀切”。这不仅由于高级、中级、初级卫生技术人员所承担的任务不同，而且因为他们的智能水平也有差异。比如，对老一代或高级卫生技术人员主要是“补新”，即补本学科、本专业的新理论、新知识、新技能；对于中年或中级卫生技术人员，除“补新”外，主要是“补缺”，以使他们得到全面地提高，真正担负起承前启后的任务；对于年轻或初级卫生技术人员，重点应放在“补基础”上，即补一般文化基础知识、专业基础知识和基本技能，以便为进一步发展打下比较坚实的根基。

(3)计划的协调性原则：即根据本单位的人员水平、专业结构、发展方向以及人力、财力状况等，制订出人员培训计划，并在实施中加以协调。既要看得远一些，舍得花本钱；又要顾及当前任务，不影响医疗工作。这就需要把国家、本单位及个人的需求结合起来，统筹规划，协调进行。

(4)培训方式的多样性原则：即对卫生技术人员的培训，要从本单位的实际情况出发，采取多种形式、多种途径进行。下列几种方式可作为参考：①在职学习。即在工作实践中组织学习，这是一种大量的、经常性的培训方式。只要领导重视，创造条件，就能收到显著效果。比如，要求卫生技术人员根据自己的情况，制订切实可行的学习计划，在领导的督促检查和有关人员的指导下，进行自学；利用业务学习时间，参加有关的学术讲座、学术交流和病例讨论，鼓励和支持卫生技术人员撰写专业论文等；积极支持卫生技术人员根据自己工作需要，坚持参加电视大学、业余大学、夜大学、函授学校等，进行业余学习；对于有培养前途的人员，指定高年资医师进行定向培养和辅导等。②短期培训。这主要是指本单位在开展某项新业务、某种新技术或引进新设备、实

行新的操作规程时，可请人(本部门或外单位的)对本单位有关专业技术人员进行短期培训，或派出去短期学习，使之在较短时间内掌握某项专业理论和业务技术，尽快用到工作实践中去。这种培训目的性明确，可以收到很好的效果。③系统补课。这主要是对初级卫生技术人员或没有经过正规专业训练的人员，集中一段时间(脱产或半脱产)，比较系统地、由浅入深地补习一般文化基础知识和必要的专业知识。④脱产进修。包括到高等医药院校、上级医院、专科医院或具有某种特色的医院、科研单位进修等。进修时间可为半年或一年。随着医学的不断发展，卫生技术人员学习新的专业知识的要求越来越迫切，这种培训方式将不断扩大和发展。

总之，卫生院的领导者一方面要千方百计地为卫生技术人员的业务培训、知识更新“搭桥造梯”；另一方面应避免“学非所用，用非所长”，要把经过培训的卫生技术人员，按层次性的原则尽可能地调整到合适的业务岗位上，在工作实践中发挥其专长，更好地为患者服务(图 2—3)

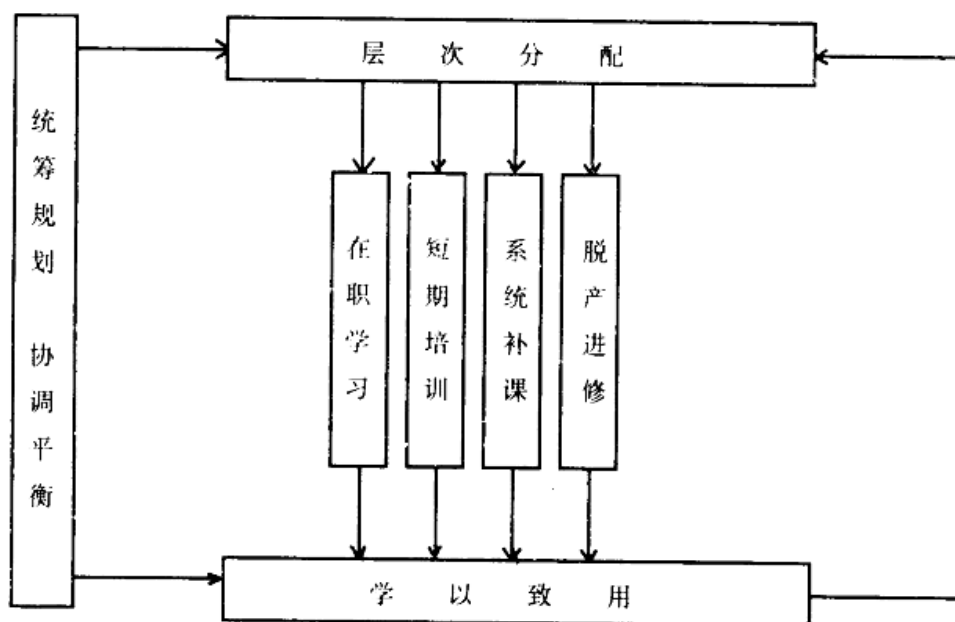


图 2-3 人员培训原则示意图

三、行政人员管理

农村卫生院这个管理系统的效能如何，在很大程度上取决于行政管理人员(主要是卫生院的领导成员)的能力和水平。因此，加强卫生院行政人员的管理，是至关重要的。

1.行政人员的素养和任用原则 素养是指素质和修养而言。现代管理科学的发展，对于行政管理人员的素养提出了更高的要求。一般来说，一个单位的行政管理人员应该具有胸怀宽广、博学多才、多谋善断、豁达大度、廉洁奉公、敢担风险、锐意改革的素养和精神。作为一个卫生行政管理人员，只有自觉地、严格地、高标准地要求自己，努

力提高自己的素养，才能成为一个合格的卫生管理干部，才能适应现代管理工作的需要。

在卫生行政管理干部的任用上，除了必须执行“德才兼备”、“任人唯贤”的干部路线以外，还应注意下面几个原则：

(1)“选贤任能”的原则：一是不搞“终身制”，可根据本单位的情况试行“聘任制”、“考任制”、“选举制”等，及时地把有真才实学的人员安排到相应的岗位上；二是不搞“论资排辈”。要正确认识和处理好资历与能力、文凭与水平的关系。资历对一个人能力的形成有一定作用，文凭可以表示一个人受教育的程度。但是，资历并不等于能力，文凭也不等于水平。必须依据实际能力和水平来选拔干部，不拘一格选用人才。

(2)“扬长避短”的原则：即使伟大的天才也不可能成为“全才”。历史和现实都证明，世界上没有十全十美的“完人”。每个干部都有其长处与短处，在任用时就要扬长避短，尽可能地放到最能发挥其长处的岗位上。

(3)“全面考核”的原则：即对干部考核要全面公正，切不可偏听偏信，有亲有疏。特别要注意发现和选拔具有创新精神和开拓能力的行政管理人才。

(4)“合理流动”的原则：人才的“单位所有制”，不仅压抑了一些人的积极性，也造成了人才的浪费。只有统筹调配、合理流动，才能真正做到人尽其才，才尽其用。

2.行政人员的来源和培养 卫生管理干部除了应具有一般干部的基本素养以外，还应该做到：熟悉管理知识；掌握医学专业知识。卫生院管理干部尽可能不要脱离专业技术工作。根据这些基本要求，结合目前的具体情况，卫生院行政管理干部的来源和培养问题，大体上有以下几个方面：

(1)培养提高现有卫生管理人员：对现职有条件的管理人员进行培养、提高，是当前卫生管理干部重要来源之一。对于一些有实践经验和一定管理才能的干部，要本着“缺什么，补什么”的原则，有计划地进行轮训、进修或离职到有关院校、培训中心进行系统地培养和提高，使他们从“经验管理”转化为“科学管理”，从而使其管理水平和能力大大提高一步，以胜任卫生院的行政管理工作。

(2)从卫生技术人员中选拔培养：即选拔有管理志趣和组织才能的卫生技术人员，作为医院的管理干部。卫生技术人员熟悉医学专业知识和发展趋势，了解医院业务工作重点和优势，与医务人员关系密切，有共同语言，这是管理医院的有利条件。但是，一般卫生技术人员存在管理知识缺乏和行政工作素养差等弱点。因此，选拔以后应加强这方面的培养和训练。可以通过医院管理函授、刊授或其它形式进行补课。如果有条件的话，也可送到管理学院或管理干部培训班学习。

(3)从其它专业人员中转入：即将条件适合的财经、政治、工程技术等专业人员，补学一些医学知识和管理知识，培养成医院管理干部。

(4)从卫生管理院校毕业生中分配：即医院管理系或卫生管理专业的毕业生，分配到农村卫生院担任行政管理工作。应该说，这是一种比较理想的干部来源，但目前条件尚不成熟。

人员考核是人员管理中不可缺少的重要环节:

1.人员考核的意义和作用 人员管理的目的是“知人善任”。充分调动人员的积极性,提高工作效率,而“知人善任”的前提是“知人”,只有“知人”才能“善任”。这就需要人员进行及时、正确、客观地了解和考核。人员考核可以起到以下几个方面的作用:

(1)通过考核,可以比较客观地了解各类人员的政治、业务状况和工作水平,为制订人员培训计划提供比较可靠的依据,有利于对各类人员有针对性地进行培训和提高。

(2)通过考核,可以及时地发现人员配备和使用上存在的问题,以便适当地进行调整,更好地发挥工作效能。

(3)通过考核,可以鼓励先进、督促后进,调动各类人员的积极性。

(4)通过考核,可以发现优秀人才和某个方面具有特殊才能的人才,以利于“选贤任能”,最大限度地发挥人才的作用。

(5)通过考核,可以为人员的提职晋级、评定职称提供依据。

2.人员考核的内容和方法 在人员考核的内容和标准上,既要有先进性,又要符合本单位的实际;既要“定性”,又要“量化”;既全面,又不繁琐,切实可行,便于检验。一般包括以下三个方面内容:

(1)政治思想表现:主要考察人员的政治思想、道德品质、医德医风、事业心、责任感和工作态度等。

(2)组织管理水平和业务技术能力:主要考察实际业务能力和技术水平、独立分析问题与解决问题的能力和工作经验等,对行政管理人员还要考察其管理水平、工作效率和工作成效等。

(3)工作成绩和理论水平:主要考察其工作成绩的大小和专业(医学或管理专业)理论的深度和广度等。

在人员考核的过程中,必须注意全面地辩证地看人;必须以客观事实为依据,实事求是;必须建立人员的考核档案,健全考核制度。

人员考核的基本方法如下:

(1)平时考核:即在日常工作中结合实际进行考核,客观地、实事求是地记录被考核者的实际业务水平、工作能力、工作态度和工作成绩,记录完成工作任务的数量和质量。

(2)定期考核:即实行半年或一年一次系统而全面的考核。

(3)专项考核:即某项任务或某项工作取得较大的效益和显著成绩时,可进行专项考核。

第四节 制订计划的依据和内容

计划是管理的首要职能，是全部管理职能中最基本，最关键的一个环节。计划是对未来各种行动的总设计和规划，包括目标、目的、政策、预算、规划、方案、日程、标准、方法、程序等。通过计划工作预先决定做什么，如何做和谁去做等问题。

一、制订计划的重要意义

计划是根据实际情况，科学地预测制定为达到一定目标的行动方案，是未来工作顺利进行的重要保证。所以，农村卫生院制订计划的重要意义和作用为：

1.计划是卫生事业迅速发展的重要保证 通过计划管理，既要解决工作中现存的问题，又要提出新的奋斗目标和符合客观规律的最佳行动方案。通过计划的实施、评价、调整、目标的提高和扩大其循环过程，可保证卫生事业得到迅速发展。

2.计划是卫生事业建设的客观需要 为使卫生事业的发展建设适应国民经济的建设，符合社会的发展，满足人民群众对防病治病的需求，必须制订科学的、符合客观实际要求的计划以达到预期的目标和效果。

3.计划是使医学科学内部协调平衡的有效方法 为使预防、保健、医疗、康复工作之间、医生与护理人员之间、临床、医技、行政、后勤、财务之间能够协调配合，必须通过计划管理来加以统一控制，使各部门、各科室和每个人都能为实现统一的目标而努力。

4.计划是进行有效管理的重要手段 计划的作用就在于它能系统、综合地考虑各种条件，尽可能把各方面的力量组织到一个目标上，能建立协调一致的工作程序，能做出经过深思熟虑的科学决策，从而有效地使用人力、物力、财力、时间等卫生资源，以取得管理的最大效益，全面完成各项工作任务。

总之，计划工作是一项科学性、指导性、预见性很强的管理活动，只有坚持计划管理，才能保证农村卫生事业的顺利发展。

二、制订计划的基本原则

- (1)以社会主义初级阶段的理论为指导；
- (2)从各地农村的实际情况出发，根据本地区的经济发展、人口变动、疾病结构、群众需求、卫生资源及管理工作状况等，制订出切实可行的计划；
- (3)坚持党的卫生工作方针；
- (4)把农村卫生事业计划纳入当地政府制订的农村经济社会发展的总体规划。

三、计划的分类

1.按作用时间划分 可分为长期计划和短期计划

(1)长期计划：即指较长时间的计划，一般在5年以上。长期计划是预测性计划，只能提出一些纲要式的目标，重大方针政策、主要比例关系和发展速度。

(2)短期计划：指较短时期内的工作安排和在短期内能完成的具体工作计划。计划的时间多为1年以内。如年度计划、季度计划、月份计划，时间短、内容具体、执行后见效快。

长期计划与短期计划相辅相成。长期计划规定了卫生院的发展规模和方向，但因规划时间长，不可能事事安排得详细具体，对客观环境的应变能力也较差。短期计划正好弥补了长期计划的不足，它为长期计划的实现规定出具体的步骤和方法。只有把长期计划与短期计划结合起来，长计划、短安排，才能做到立足于当前、放眼于未来，既能保证短期计划受到长期计划的制约，具有计划的严肃性，又能根据社会需要调整管理目标，具有较强的适应性。

2.按作用范围划分 可分为全面工作计划和专项工作计划

(1)全面工作计划：指卫生院的全部工作的总体计划。所谓“全面”不等于面面俱到而不分主次，相反，要求在全面安排的基础上，区分主次达到综合平衡。

(2)专项工作计划：指为实现某项具体工作而制订的计划。专项工作计划要求任务明确、措施具体、时间安排合理。

全面工作计划与专项工作计划要相互配合，全面工作计划中包括了专项工作计划所要解决的问题，而专项工作计划是为完成全面工作计划的某一方面内容所制订的工作方法和步骤。

3.按执行情况划分 可分为指令性计划和指导性计划

(1)指令性计划：指由政府 and 主管部门所制订、统一下达给各执行单位的必须严格遵照执行的计划。这种计划一经制订，就具有很强的约束力，它是以上级主管部门的行政措施形式颁布、以各种强制性手段来保证其实施的。

(2)指导性计划：指只规定了任务的方向、目标要求和指标，对完成任务的方法、步骤不做硬性规定，上级主管部门或计划执行的监督部门可采用各种方法指导其完成的计划。

要根据所要完成的任务的性质和具体情况确定指令性计划，必须贯彻执行的用指令性计划；需要提倡、引导执行的，用指导性计划。要保证指令性计划的严肃性、指导性计划的灵活性。

四、计划的内容

一个计划款项大致可包括：目的、任务、目标、策略、政策、程序、规则、规划，预算等内容。

1.目的、任务 目的、任务是一个系统或组织的宗旨，任何一个组织机构都应有自

已的宗旨，都必须明确自己是做什么的，有什么基本职能。农村卫生院的基本职能是要完成防病、治病、妇幼保健、计划生育技术指导等项任务，保障人民群众的身体健。在明确的宗旨之下，拟订计划所要达到的目标。

2.目标 目标是在宗旨的指导下，卫生院全部工作所要达到的具体成果。确定目标是计划工作的重要内容，表明了要达到什么样的结果，而不规定如何去实现。

3.策略 策略是指为实现目标而采取的途径、措施、手段和方法。是实现目标的关键。

4.政策 政策是行动的准则，是决策时考虑问题的指南，用它来保证决策与目标的一致性，有助于目标的实现。

5.程序 是各项工作进行的时间、步骤和顺序，使各部门的各种工作能协调、统一，保证任务的及时、顺利完成。

6.规则 规则是对全体职工所提出来的为实现计划而努力的行为规范，用它来约束、指导每个人的行动，也可看作是与实现计划目标有关的规章、制度、职责等。

7.规划 规划是为了实现既定目的所必须有的目标、政策、程序、规则、任务分配、执行步骤、使用资源以及其它要素的总和。一个主要规划，要求有相应的派生规划，即有大规划和小规划之分。大规划与小规划必须协调一致，在大规划与各种小规划组成的网络中，任何一个环节发生差错，都会影响主要规划的正常实施。

8.预算 编制计划预算即为制定财政计划，为各项工作提供预算经费，以保证任务的完成，目标的实现。

五、制订计划的依据

制订农村卫生工作计划，从宏观上看，有其共同性的依据，但各个地区还有各自的特点，故在制订计划时还有不同依据。现仅介绍一些应共同遵循的依据。

1.要依据农村卫生事业管理已有的基本经验

- (1)坚持将卫生工作的重点放在农村；
- (2)健全和巩固农村三级医疗卫生网；
- (3)贯彻“预防为主”和中西医结合的方针。

2.依据对农村卫生工作的形势分析

(1)分析人群的健康状况：分析一个地区人群的健康状况，主要看出生率、死亡率、发病率、平均预期寿命的变化情况，看其是否符合“三个降低”(降低出生率、死亡率、发病率)、“一个延长”(延长预期寿命)的变化趋势。在进行具体分析时，还应从不同的性别、年龄、职业、文化、收入、地区等方面进行分析比较，从而找出急待解决的主要问题。

(2)分析卫生资源和卫生服务状况：分析卫生资源包括人、财、物的适宜程度、足够程度。如各级各类卫生人员的配备数量、知识结构、技术能力；资金的来源、分配、流通情况；物质设备的装备、使用情况等。分析卫生服务状况包括门诊、住院病人人数、疾病结构，预防、保健的工作量，各项工作的技术水平、服务质量、效益、效果、群众评价等。

(3)分析社会因素对人群健康的影响：包括社会政治、经济、文化、生活方式、风俗习惯、生产条件、心理状态等因素对人群健康的影响。此外，还要进行人口动态分析和预测；了解群众对医疗、卫生服务的需求，对卫生院各项工作的要求和希望。

通过上述分析，可以看出当地的健康状况、卫生条件、群众需求、卫生资源情况、以往的成绩、现在的问题、工作中的薄弱环节和急需解决的主要矛盾等等，为制订工作计划提供科学依据。

3.依据卫生院的背景材料和现状分析 在起草、制订计划之前，还应注意对以下问题进行研究、分析，作为制订计划的依据。

(1)上级主管部门下达给卫生院的任务要求和指标是什么。

(2)本院的长期计划中对本期计划有什么要求，哪些是属于本期计划应当完成的任务。

(3)本期计划具备哪些物质、资金、技术条件。

(4)职工群众对计划的制订有什么意见和建议。

(5)本院工作在历史上达到的最好水平是什么，当时的环境基础，物质条件和有利因素有哪些。

六、编制计划的方法和步骤

一个完整的计划的制订，基本上都要经过以下三个阶段。

1.准备阶段 准备阶段虽未正式进行计划的编制工作，但这一阶段的工作是最为重要的。准备工作充分与否，直接涉及到能否顺利地制订出高质量的计划。因此，必须予以充分重视。

(1)收集、整理制订计划的各种基础资料，包括各村上报的健康统计、疾病统计及其它全部原始资料，当地经济、文化、交通、生产、群众需求等方面的情报，与卫生管理和计划工作有关的书籍，杂志、报纸、学术论文、会议记录、经验总结等资料。然后对收集到的大量资料进行认真、细致的分析、研究、总结。

(2)认真学习党和政府有关的路线、方针、政策、法规。

(3)研究上级交给的任务、指标要求和长期计划的内容规定，明确在本期计划中能够实现的部分。

(4)收集、研究职工群众提出的先进经验和合理化建议。

(5)总结上期计划的经验教训，为本期计划的制订提供连续性资料。

(6)深入开展调查研究，掌握基层的实际情况，为计划的制订提供可靠依据。

2.草案阶段 经过充分准备工作之后，开始进入拟订草案阶段。制订计划草案大致可分三个步骤。

(1)确定计划目标：在综合分析、研究的基础上，确定计划的目标，包括发展方向、目的、任务、时间、数量等内容。

(2)研究拟定策略方案：包括为实现计划目标而采取的途径、措施、方法、手段等。策略方案可设计多种，便于对比选择。可从计划的可及性、可得性、可行性、适宜性等方面进行比较评价，分析每个方案投资与效益间的关系，最终选出最佳方案。

(3)编制计划草案：确定策略方案以后，便应着手完成计划草案。包括任务、目的、目标、策略、经费预算和分配、程序、时间、指标、规则等内容。计划草案经领导初步审查以后，须拿到群众中进行讨论，征求群众的意见，为最后确定计划打下良好基础。

3.确定阶段 在广泛听取群众意见以后，可对计划草案作进一步的调整和修改，最后提交领导审查，经批准后确定为正式计划，上报下达，贯彻执行。

七、计划的实施、评价、总结、提高

计划一经传达以后，便开始进入计划的正式实施阶段。该阶段的管理重点应放在控制运行上，发挥信息系统的作用，及时掌握计划的执行情况，随时进行控制、调整。同时，要求全体职工严肃对待、认真执行。

计划的检查评价工作也十分重要，该项工作应贯穿整个计划过程的始终。通过计划的检查评价，及时发现计划中的问题，便于修改纠正；监督各部门和每个人的计划执行情况，从而保证计划能按时、准确地顺利完成。

在计划的收尾阶段，要总结经验教训。把成功的经验肯定下来，作为今后制订计划的依据；总结失败的教训，防止以后再发生。通过总结，为下一期计划的制订奠定基础，提供依据，达到发展提高的目的。

八、案例

为了使以上阐述的原则和步骤运用到实践中去，现将《黑龙江省绥化市宝山镇初级卫生保健概略规划》(1986~1990年)作为一个案例介绍如下，以供参考。

黑龙江省绥化市宝山镇初级卫生保健概略规划 (1986—1990)

根据世界卫生组织提出到 2000 年人人享有卫生保健的战略目标和绥化市“七五”期间卫生发展规划的要求，为了提高宝山镇全体居民的健康水平，特制订初级卫生保健概略规划。

1. 全镇概况

宝山镇位于绥化市的西南部，距市区 13 公里。地处平原，年平均气温 4℃，年平均降雨量 520~600 毫米。土地面积为 149342 亩，有乡级公路 13 条。镇的南侧有一条宽 300 米、流经河段达 5000 米的泥河，从东向西流过。

宝山镇是绥化市较大的镇，共有人口 32720 人，其中男 16361 人，女 16359 人，总户数为 7058 户，村民委员会 15 个，自然屯 47 个，居民组 87 个。

全镇有粮油加工、机械制造、制砖等小型工业，1985 年工农业总产值为 1606 万元，其中工业总产值为 337 万元，农业总收入为 1239 万元，副业总收入为 30 万元。现有耕地面积为 125,239 亩，农作物有小麦、玉米、大豆、水稻，以小麦为主。1985 年粮食总产量为 150595 吨。1985 年年人均收入为 300 元。

全镇照明、磨米、饲料加工和农田灌溉等，全部实现了电气化。现有汽车 8 台，农机具 545 件。田间作业有 60% 实现了机械化。

全镇村村有电话，有完整的有线广播网。镇内共有电视 945 台，相当于每 7.5 户有一台；全镇有收音机 7000 台，平均每户有一台。

全镇有中小学校 27 所，其中中学 5 所，小学 22 所。适龄儿童入学率达 98.2%，巩固率为 99.4%；初中入学率为 60%，巩固率为 96%；青壮年文盲率为 4%。镇内有 15 个电影放映队，定期为居民放映电影。

全镇有医疗网点 15 个。宝山镇卫生院属于绥化市一般卫生院，有 1000 平方米的房舍，设有医疗、药剂、保健、总务和内、外、妇、儿等 11 个科室。1985 年全年门诊人次为 8916 人次，住院人次为 850 人次，床位使用率为 58.3%，治愈率为 81.56%；好转率为 17.64%，业务总收入为 114000 元。镇卫生院有职工 23 人，其中卫生技术人员为 22 人。在 22 人中有大专毕业生 1 人，中专毕业生 7 人。病房实际开放床位为 12 张。

14 个村都设有卫生所，均为集体办所。房舍总面积为 1530 平方米，平均每个卫生所占 109.29 平方米，均为砖瓦结构。其中有 8 个村卫生所设有“三室一房”（即诊查室、处置室、妇检室、药房）。乡村医生、卫生员共 26 人，接生员 45 人，全部经过专业培训。平均每千人口有卫技人员 1.6 人。

全镇有 11 个村 24500 人吃上了自来水，占全镇人口的 74.9%，有 2920 人吃上了手压机井水，占全镇人口的 8.9%；其它尚有 16.20% 的人口饮用水水源仍然没有得到改良。居民住房有 12% 为砖瓦结构，有 88% 为泥草房和砖泥草混合结构。人均居住面积为 4.7 平方米，现有厕所、畜禽圈 21440 个，合格率为 50%。

全镇居民以小麦、玉米、谷子为主食，副食是蔬菜、豆制品。据 1985 年调查统计，每人年平均吃动物食品肉 10 千克、蛋 3 千克、鱼 2 千克。每日每人吃盐 12 克，每日每人吃糖 2.33 克。

2.1985 年生命统计和疾病状况

(1) 生命统计

- 1 1985 年人口数为 32720 人，各种原因死亡数为 159 人。
- 2 1985 年总死亡率为 4.9‰。
- 3 1985 年人口出生率为 19.4‰。
- 4 1985 年人口自然增长率为 14.1‰。
- 5 1 岁以上人口死因(见表 1)。

1 岁以上人口前十位死因(1985 年)

死 因 顺 位				死 因 顺 位			
		死亡数 (人)	构成比 (%)			死亡数 (人)	构成比 (%)
肺 心 病	1	40	32.79	其 它	7	3	2.46
脑 血 管 病	2	31	25.40	肝 硬 化	7	3	2.46
恶 性 肿 瘤	3	16	13.11	血 液 病	8	2	1.64
心 血 管 病	4	15	12.30	肺 结 核 病	9	2	1.64
意 外	5	5	4.10	老 死	10	1	0.82
肾 衰	6	4	3.28	总 计		122	100.00

6 1985 年活产婴儿数为 635 人，死亡 37 人，婴儿死亡率为 58.3‰。

7 1 岁以内婴儿死因(见表 2)。

1 岁以内婴儿死因及死亡数

死 因	死亡人数	死 因	死亡人数
窒 息	12	畸 型	5
早 产	9	其 它	3
新生儿肺炎	8	合 计	37

8 1985 年 1~14 岁儿童数为 7438 人，死亡 8 人，儿童死亡率为 1.1‰。(见表 3)

1~14 岁儿童死因及死亡数

死 因	死亡人数	死 因	死亡人数
血 液 病	2	流 脑	1
肺炎合并心衰	1	小 儿 肾 病 综 合 症	1
意 外	1	溺 水	1
中毒性痢疾	1	合 计	8

9 孕产妇死亡率为 0。

(2) 疾病状况

1 1985 年 19 种法定传染病总发病率为 150 / 10 万(见表 4)。

1985 年传染病发病率(1 / 10 万)

表 4

顺位	病名	发病人数	发病率	顺位	病名	发病人数	发病率
1	痢疾	24	73.34	5	猩红热	2	6.11
2	肝炎	14	42.78	6	流脑	1	3.06
3	伤寒	5	15.28				
4	百日咳	3	9.16	合计		49	149.73

2 1985 年多发病的发病率(见表 5)

1985 年多发病的发病率(%)

表 5

病名	发病人数	发病率	病名	发病人数	发病率
上感	630	1.93	外伤	134	0.41
支气管炎	560	1.71	急腹症	56	0.17
消化不良	355	1.08	合计	1735	5.30

3. 影响居民健康的主要因素

(1) 社会经济因素的影响: 农业受灾欠收, 居民收入减少, 1985 年人均收入为 300 元, 较 1984 年的人均收入减少 150 元, 特别是家庭劳力少、人口多的户经济困难, 有病不能及时就诊, 延长病程, 贻误病情, 影响健康。

居民文化水平低, 在青壮年中文盲占 4%, 没有阅读能力, 缺乏卫生知识, 特别是没有家庭保健和自我保健知识。

缺乏必要的公共卫生设施。如公共厕所建筑; 自来水少, 居民达不到 100% 吃上安全的自来水。目前, 还有 2900 人饮用室外的大口井水。特别是对排放污水垃圾污物、粪便的无害化处理能力低, 是造成消化道疾病和传染病的重要因素之一。

(2) 自然条件及环境的影响: 自然条件的影响, 冬季时间长达 5~6 个月, 居民室内与室外温差较大, 室内在 5~15℃, 室外-30~5℃, 当人体不适应气温的变化时就易患病。特别是一些困难户因取暖设施不好, 室内温度过低, 加之室内烟尘较大, 通风不好, 是造成上感、肺炎、慢性支气管炎、肺心病患病率较高的重要因素之一。冬季时间长, 夏季时间短, 儿童在冬季日照时间少, 又是小儿患佝偻病的因素之一。

居民居住条件差, 对于住宅采光、取暖、通风等公共卫生学上的指标, 在建筑房屋时重视不够。

由于牧业的发展, 特别是养奶牛户增多, 粪便存放院内、屯内, 严重影响居民的环

境卫生。居民修建的厕所、畜禽圈离住房太近，不合格率占 50%，是夏季蚊蝇孳生的场所，污染环境，严重威胁着居民的健康。

(3)居民不卫生习惯的影响：居民饮食单调，吃水果、鲜菜较少；10 岁以上人口的吸烟率为 56%（男人吸烟率为 64%，女人吸烟率为 36%）；居民有吃盐较多的习惯，每日每人吃 12 克；喝生水、吃不洁的生菜现象普遍存在，许多居民饭前、便后不洗手；家庭、公共食堂、饭店不习惯分餐；居民餐具不消毒。

(4)医疗卫生条件的影响：医务人员少，平均每千人口中仅有 1.6 人；在 48 名卫生技术人员中，受过正规培训的占 52.1%，满足不了居民防病治病的需求。

卫生经费不足，卫生院 23 名医务人员上级只包职工工资，有很多事情需靠业务收入开支，无力购置 x 光机、心电图机等设备，检验的生化项目均不能开展。卫生所缺少常用的器械，药品还不够齐全，影响防病治病工作的正常开展。

4.七五期间提高居民健康水平的目标及指标

(1)健康目标

- 1 19 种法定传染病总发病率，到 1990 年下降到 145 / 10 万。
- 2 前 15 种慢性病、多发病患(发)病率分别下降 20%。
- 3 婴儿死亡率，由 1985 年的 58.30‰ 下降到 28‰；儿童死亡率(1~14 岁)下降到 1‰。

(2)实现健康目标的具体指标

降低婴儿死亡率的具体指标：

- 1 新法接生率达到 100%，其中科学接生率占 50%；
- 2 接生员每年培训时间不少于半个月，培训率达到 80%；
- 3 孕妇产前检查(妊娠 27 周开始)5 次以上者达到 90%；
- 4 婴儿 1 岁内计划免疫接种率达到 90%；
- 5 产后随访率达到 100%；
- 6 努力提高住院分娩率，产前检查发现异常者，住院率达到 100%(含转上级医院)；
- 7 人口自然增长率控制在 10‰；
- 8 婚前检查率达到 100%，杜绝近亲结婚。

降低传染病发病率的具体指标：

- 1 预防接种率达到 95%，“四苗”覆盖率达到 82%；
- 2 卫生知识宣传教育普及率达到 85%；
- 3 饮食服务行业的从业人员体检率达到 95%；
- 4 实行分餐制的户数达到总户数的 50%；
- 5 居民饮用自来水者达到 100%；
- 6 居民厕所和畜禽圈的合格率达到 90%；
- 7 大幅度降低“四害密度”，把鼠密度控制在 5% 以下；
- 8 疫情报告率达到 99%；
- 9 疫情处理：访视率、疫户消毒率、接触者服药率都达到 100%；
- 10 结核病防治：可疑者受检率达到 95%；痰检涂片阳性病人治疗率达到 100%；患病率下降到 1.5‰；

① 各种传染病的发病率:痢疾发病率下降到 50/10 万;肝炎发病率下降到 40/10 万;伤寒发病率下降到 10/10 万;百日咳发病率下降到 8/10 万;猩红热发病率下降到 1/10 万;流脑发病率下降到 1/10 万。

① 镇卫生院、各村卫生所的注射操作,全部达到一人一针一管。

降低常见病、多发病发病率的指标:

- 1 肺心病由 8.5‰ 下降到 7.6‰;
- 2 支气管肺炎由 17.1‰ 下降到 15‰;
- 3 心脑血管疾病由 17.6‰ 下降到 15‰;
- 4 沙眼由 141.2‰ 下降到 84‰;
- 5 龋齿由 123.6‰ 下降到 90‰;

5. 保证目标实施的措施

(1) 成立实体的初级卫生保健领导机构。

1 镇初级卫生保健委员会,主任委员由镇长担任,副主任委员由科技助理、镇卫生院院长担任。成员有文卫助理、妇联主任、民政助理、计划生育助理、中学校长、中心小学校长、广播站站长。办公室设在镇卫生院院长办公室。

2 村成立初级卫生保健领导小组,组长由村长担任,成员有村妇女主任、团支部书记、卫生所所长。

(2) 主管镇长、村长与镇、村长签订初级卫生保健目标管理责任合同书。把健康目标纳入镇“七五”期间社会经济发展规划之中,对村民健康承担政治义务。“七五”期间,镇政府和村民委员会对卫生事业投资每年 1 万元,建设卫生院用 3 千元,建设卫生所用 7 千元。根据财力情况,可逐年增加。

(3) 积极开展文明村、文明家庭的群众性活动。文明村要达到 80%,文明家庭达到 85%,搞好环境卫生,实现净化、绿化、美化。居民住房条件要改善,发展新街 92 条。建筑砖瓦结构住宅 25000 平方米。到 1990 年砖瓦结构住房达到 50%。

加强公共卫生设施的建设,用于改水投资预计为 39 万元,到 1990 年使全镇人民都吃上安全自来水,每半年搞一次水质检验。实现垃圾污物日产日清,逐步达到无害化处理。

(4) 提高村民文化水平,中小学入学率达到 98.5%;青壮年扫除文盲。普及卫生知识,动员村民订阅《家庭保健报》,占总户数的 80%。改善不良的卫生习惯及生活方式。吸烟率从 1985 年的 56% 下降到 35%。养成不随地吐痰的习惯,减少食盐量,少吃糖,不饮酒或饮少量的低度酒。在公共食堂、饭店和家庭实行分餐的人数要达 85%。积极开展体育保健活动。

(5) 巩固和发展镇、村医疗卫生网点,搞好防病治病与计划生育工作。镇卫生院在现有的 12 张床基础上增加到 30 张;x 光机、检验、心电、超声达到配套。队伍结构,中专以上达 80%,并有大专毕业的技术骨干。对常见外、妇科手术及内科、儿科、五官科急症,能就地恰当处理。卫生院在机构设置上,要有二部(预防保健部、医疗部)一组(后勤组),预防保健部人员不能少于本院人员的四分之一。

村卫生所要坚持集体办所。到 1990 年乡村医生全部达到中专及中专以上水平。乡村医生要专业化。对村民建立健康卡,开设家庭病床,开展康复工作。文明卫生所要达

到 100%。

积极培养乡村医生和大专人才，达到平均每千人口中有卫技人员 2 人。

(6)引进外地农业生产新技术和农作物的新品种，适当扩大经济作物的种植面积，提高单位面积产量。同时大搞副业生产，提高工农业总产值，增加年人均收入，提高居民生活水平，改善居民营养状况。到 1990 年人均收入达到 550 元。

(7)对危害人民健康的主要疾病，采取综合防治措施。“七五”期间，针对婴儿死因和肺心病、心脑血管疾病、小儿营养不良、消化道传染病等主要疾病，采取综合措施如下：

①宣传婴儿死因和主要疾病的防治知识，开展自我保健。

②培训医务人员，使其熟悉、掌握、精通几种主要疾病的防治理论和技术，认真开展治疗，做到早发现、早诊断，早治疗。

对女乡村医生、卫生员、接生员要加强围产期保健、产科医疗技术的培训，每年至少要办两期(15 天)培训班。

③建立新生儿访视、体弱儿管理制度，加强散居儿童的管理，全部建卡。每年搞一次儿童健康检查。

④对 45 岁以上的中老年人，每年进行一次健康检查，村卫生所建立健康卡。

⑤加强食品卫生管理、认真执行《食品卫生管理法》、《食品卫生“五·四”制》。

6.1986 年全镇初级卫生保健具体行动计划

(1)5 月 15 日前，各村民委员会要根据镇的“七五”期间初级卫生保健概略规划，结合本村的实际情况，制订出切实可行的村级卫生保健具体行动计划，把组织机构建立起来，组织名单报给镇政府。

(2)5 月下旬对镇、村两级干部、卫生院长、卫生所长进行培训，请市初级卫生保健科派人进行讲课。切实搞好宣传教育工作，普及初级卫生保健知识，村民受教育面要求达到 60%；中小学校受教育面要求达到 99%。

(3)6 月份搞一次 45 岁以上中老年人心脑血管疾病和肿瘤病普查，同时，建立健康卡。

(4)7 月份搞一次影响人群健康因素的抽查。同时，加强学校卫生工作，开展龋齿病和沙眼的防治工作，做到刷牙、漱口、睡觉前不吃糖和一人一巾一盆洗脸水。

(5)发展农业生产，农林牧副渔一起上，增加经济收入，改善和提高村民的生活水平，争取 1986 年年人均收入达到 400 元。

(6)改善村民居住条件，建好新村。预计建砖瓦结构的房舍 9000 平方米。同时搞好村屯绿化，全镇每人种树 3 株，共计 1 万株(已于 4 月中旬种完)。

(7)开展爱国卫生运动。要利用各种形式搞好卫生宣传，动员居民往厕所投灭蝇药剂；开展灭鼠活动，每户捕鼠 10 只；学生每人捕 3 只鼠，减少鼠的密度。全镇在春秋两季，组织两次卫生大检查。村民委员会首先自检，然后政府再检查，评出卫生模范村。对卫生模范户，由村民委员会给挂卫生模范户牌。

(8)挂锄期间，卫生院组织接生员集训一次，7~10 天。在 7 月份对 3 个村搞一次妇女疾病的普查普治。加强散居儿童和体弱儿的管理。

(9)8 月份，对 3 个村搞一次儿童健康检查，重点普查小儿佝偻病和营养不良性贫

血，并做好建卡工作。各村民委员会、卫生所、居民组要搞好计划生育的宣传工作，组织育龄妇女落实好节育措施；未婚青年提倡晚婚，做到优生优育。

(10)10月份，结合扒炕抹墙，把厕所、畜禽圈的合格率达到80%，同时，要修好村屯道路。

(11)镇政府争取今年对卫生事业投资3000元，各村民委员会要加强卫生所的建设，今年预计投资共15000元。14个卫生所有12个所成为甲级所。

(12)搞好传染病和结核病的防治工作，一定要达到具体指标要求。镇卫生院与派出所，要加强村民死因监测工作，死因报告率达到98%。

(13)12月末对全年工作进行评价；镇、村分别召开总结奖励大会。

每年年底都要认真评价全年实施计划的情况，总结经验，找出差距，调整指标，从实际出发，制订下一年的初级卫生保健具体行动计划。

7.评价及情报支持

镇、村初级卫生保健委员会和领导小组，每年都要抓好年度计划的评价工作。全年评价计划4次，做到每季检查1次，半年初评，年终总评。

(1)对计划要逐项评价；

(2)调整部分指标；

(3)评选出先进村屯、先进个人，进行表彰奖励。

在初级卫生保健计划实施过程中，领导者必须协调各部门的工作，要及时掌握情况、反馈信息，取得各部门的合作。各村卫生所要建立信息网并有专人负责居民健康卡的登记和数据收集、整理，及时向村初级卫生保健领导小组反映这个时期内进度的信息。特别是村对每季评价的结果(成绩与问题)，汇报给镇初级卫生保健委员会，给领导当好参谋，以便及时采取相应的措施，指导村初级卫生保健工作。

第五节 卫生统计资料的收集和利用

一、卫生统计在卫生管理中的作用

1.数字、数据、信息与管理的关系 科学管理要凭数据说话，数据的差异要用统计方法进行分析，而数据经过处理后产生信息。信息是科学管理的重要依据，统计是管理的重要工具。没有信息，没有统计，也就谈不上管理。信息、统计和管理是密切联系的整体。

所谓数字，只是通过记录得到的可以识别的符号；所谓统计数据，则是对记录符号的综合。这些数据被处理加工或加以解释之后就产生了信息。

卫生统计的任务主要是及时、准确、全面地收集人、财、物、设备等各项资料的统计数据，对数据进行处理，使之产生并提供各种信息，从而运用管理技术对数据和信息进行科学的处理，有效地保障人民健康和提高人民的健康水平，达到卫生管理的目的。

2.卫生统计在卫生管理和科研中的作用 医药卫生领域服务的对象是人，不同的个体差异较大，存在着一系列的偶然现象。例如不同的个体对各种疾病的免疫水平和易感

程度不一样：不同的个体对同一种疗法或药物有不同的疗效反应。因此，医药卫生科研中数据参差不齐，从而增加了评价预防和治疗效果的困难与复杂性。如果某些预防效果和临床疗效的数据经过统计学提供的理论和方法进行统计分析以后，肯定了它的效果，得到估计不准的概率是小于 0.05，说明是可以信任的。那么就可知用这种结论来预报，今后在同样条件下，这种预防方法或临床方法对疾病的效果，也还有不到百分之五的可能性不准。

因此，在医药卫生科研和医药卫生管理中正确地运用统计方法，可以帮助我们更有效地进行调查研究和科学实验，可以帮助我们使管理的决策和反馈更加符合客观事物的规律，它能使我们从最节省的数据中整理出想要得到的科学依据。由此可见，统计是科研和管理的重要工具之一。

3. 卫生院统计的特点和作用 卫生院统计工作要想很好地起到作用，必须坚持客观性、科学性和群众性。统计数字的真实性是统计工作的生命，统计数据准确与否，取决于两方面的原因：一是主观原因；二是客观原因。卫生院统计应消除人的主观影响，特别是受领导重视程度的影响和统计人员责任心强弱的影响，另外有时缺乏科学性和统计知识，往往使统计数字失真。卫生院统计也是一项群众工作，很多调查报表、疫情等数据，必须依靠群众才能得到(或基层卫生人员收集上报)，因此，必须依靠群众的支持和监督，才能搞好卫生院统计。

卫生院统计的客观性、科学性和群众性的这一特点是相辅相成的、相互联系和统一的，缺少其中的任何一性，都将给工作带来损失。卫生院统计是一项复杂而又细致的工作，它是我国卫生统计的基层单位。卫生院统计数字不准，直接影响我国卫生统计数字的可靠性，从而也就直接影响到我国卫生管理工作决策的可行性，影响党的卫生工作方针政策的制订。因此基层卫生院对统计工作不可忽视。

二、卫生院统计资料的收集

1. 有关基础数据和资料的收集

(1) 人口统计资料的收集：人口统计资料是卫生院统计的重要基础资料之一，应向行政机构或公安部门收集。卫生院统计人员可向乡或区政府抄录有关本地区人口普查或人口年报的人口总数，分性别人数以及有关人口群体的数字。如农业人口数，各种文化的人口数，各级在校学生数，分性别的出生人数和死亡人数。关于各年龄组分性别人口数，有的地方有，有的地方没有，若需要这一基础资料时，可通过抽样调查推算或根据人口普查的性别、年龄组构成比推算，推算方法参考其它人口统计书籍。

(2) 社会经济统计资料的收集：社会经济资料是卫生院统计分析的常用资料，可向乡或区政府收集，如行政区划的耕地(水域、山林)面积，人均产值、人均口粮、人均经济收入等数据资料。

(3) 计划生育统计资料的收集：计划生育统计资料与卫生院从事统计工作的妇幼保健工作者的工作情况有着密切的关系，是卫生院统计不可缺少的部分。这一部分资料可向当地计划生育部门抄录。如出生数、死亡数、自然增长数、育龄妇女数、生育率、独生子女率、领证率、节育率、早晚婚率等。

2.卫生统计资料的收集 卫生统计资料的收集是统计工作最重要的内容。卫生统计所需的原始资料一般有两个来源:

(1)自身经常性资料的收集。所谓经常性资料是指医疗、卫生和防疫工作中形成的各种原始记录,如门诊和住院各科登记和记录,医学检验记录,升学、招工、征兵、新婚体检资料,儿童、老人、干部职工等各种专门体检资料,孕产妇检查记录,新生儿出生记录,本地公共环境与生产环境的大气、水源、土壤有害物质的经常性测定记录,出生报告卡、免疫卡、职业病报告卡、死亡卡、急性传染病报告卡以及各种定期统计报表等,均属于经常性记录资料。这些资料都是卫生统计和科学研究的原始资料,收集这些资料时,均需严格要求,简化登记手续,避免重复和遗漏,以提高原始资料的科学价值。做到认真、准确地填写,长期妥善地保存,以便于资料的积累。但是在设计登记表时,记录项目应尽量精选。对收集的资料应作科学的整理和深入的分析,充分发挥资料中各类项目和各种数据的科学价值,进一步探讨各类数据之间的数量变化规律。

(2)上级指令性或一时性资料的收集:所谓指令性资料,即指上级卫生部门下达的或兄弟部门需要农村卫生院配合参加收集的资料,以及各项调查的任务。所谓一时性资料,是指从经常性收集过程中难以得到的资料。这些资料往往只能通过一时性调查才能得到,需要调查的内容很多,范围很广,归纳起来,大体上常有以下几个方面:

1 各种流行病、地方病、职业病的专题调查。2 流行病学和卫生学的各项调查。如环境污染程度,癌肿死亡、食物中毒、生长发育、居民健康状况等项调查。3 各种生理常数的调查。如月经初潮、绝经年龄、生育期的调查等。4 各种医学正常值的调查。如正常人的红细胞、白细胞、血压、血脂的正常值范围,正常人体中发汞和尿铅含量等。5 医学人口学调查。如人口的疾病、伤残、死亡原因调查等。6 社会医学调查。如疾病和死亡与社会因素关系调查等。7 人口学和计划生育调查。如生育水平、生育意愿、婚姻状况、节育和优生的调查等。8 卫生管理学调查。如卫生服务、卫生需求、卫生人才、卫生资源、投资效益、卫生改革、卫生评价等调查。9 卫生管理学的典型调查。10 其它社会经济学方面的有关调查等。

3.统计调查的方法 为了发现和研究问题,总结经验和教训,当经常性的统计报表和原始记录的资料和数据不能满足要求时,往往需要组织统计调查,统计调查常分为普查和抽查。

(1)普查(全面调查):普查涉及面广,工作量大,一般卫生院人员较少,所辖调查对象较多,若单独完成,在人力、物力、财力和时间方面比较困难。

(2)非全面调查:常指个案调查、典型调查和抽样调查。

抽样调查是我们介绍的重点,也是管理者常用的方法。所谓抽样,简称“抽查”是从被研究总体中(全部对象)抽取一定数量的个体(调查单位)作调查,用来估计总体的情况,它必须遵守一定的原则。

(3)抽样调查的原则:1 随机化原则。即总体(全部个体)中每一个单位(个体)被选中的机会(概率)相等,不是人们有意识地凭主观印象随便抽选的,而是随机化地、偶然地抽选出来。例如全乡有20个村,现在调查育龄妇女生育率,需要抽取20%的人口进行调查。按照随机化的原则,不能凭领导或个人意愿决定查哪个村,而是必须使所有的20个村都有同等的机会被选中。2 样本分布均匀的原则。即必须保证所抽选的样本在总

体中分布是均匀的，而不是堆积在一起。③样本要有足够的含量。即必须保证样本中有足够数量的调查个体(调查单位)。以便通过样本可靠地去估计总体情况。(注：所谓调查单位是指调查的数字或资料不是一个个体，而是个体上的某一数值。例如调查1985年某地新生儿出生体重，个体是新生儿，而单位是指新生儿的“出生体重”而不是其它数值。

(4)抽样调查的方法：①单纯随机抽样。一般常用抽签和随机数目表来决定抽样的单位，此法适用于比较简单的调查，同时样本内有一定数量的调查单位。若样本过小，可用抽签的方法直接抽取，但样本的代表性较差。若样本过大时，运用单纯随机抽样比较困难。②机械抽样。是把总体中的调查单位，按一定的顺序编号，然后决定每隔一定的单位或比例，抽取一个单位进行调查(也有人称之为按比例抽样)。在大规模调查中，这是一种常用的调查方法，它对于样本分布的均匀性，可以起到较好的保证作用，使样本具有一定的代表性。例如有500名产妇，需调查产后营养情况和新生儿喂养情况，产妇按先后登记的顺序，机械地编号(1, 2, 3, ……500)，若按10%的比例抽样时，可做十个纸签，分别编号为1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 0，然后从十个纸签中，随机地抽取一个。现在我们假设所抽取的纸签的编号是“5”，那么登记的顺序第5号、15号、25号、35号、……105、115、125、……495号的产妇都是被调查的对象。若按20%的比例抽样时，仍从十个纸签中随机抽取两个，现在我们假设抽取的纸签编号是“3”和“7”，那么登记顺序第3号、7号、13号和17号，23号和27号……以此类推，凡是逢到“3”和“7”的产妇，都是被调查的对象。③分层抽样。即先将调查对象按一定特征分成若干组(如产妇按职业分成农民、工人、营业员、护士、教师等；若以地区划分可分成山区、平原、丘陵等)，然后再从各组内按一定比例(应参照各组在总体中所占的比重)随机抽样。这种抽样方法比单纯随机抽样样本分布均匀、数字精确、代表性亦较强。④整群抽样。所抽的不是一个一个的调查单位，而是一定大小的群体。如学校学生查若干个班级，儿童查若干个幼儿园，乡村查若干个自然村，居民查若干个小组，工人查若干个车间、班组，部队查若干个班、排、连等等。这种方法适用于群体间差异较小的对象，虽然精确性较差，但实施调查时比较方便。它的误差与受调查群体的个数有关，而与群体内包含的例数无关。

4.样本含量的估计

(1)估计调查数量的原则：①样本含量适中。样本数量过少，抽样误差较大，结果可靠性差；样本数量过多，会造成浪费时间、人力、物力和财力。②若属计量资料，调查数量可少些；若属计数资料，调查数量可适当多些；调查对象之间差异小的，调查数量可少些；调查对象之间差异大的，调查数量应多些。

(2)调查数量的估计方法：

①计量资料按公式计算

$$n = \frac{4s^2}{d^2}$$

式中n为调查例数，s为标准差，d为允许误差。

[例一]：某地拟调查当地成人血液中白细胞数是否偏低？经查阅文献得知正常成人白

细胞的标准差约为 1000 个/毫米³，若规定允许误差为 100 个/毫米³，采用抽样调查，应查多少人为宜？

代入公式计算：
$$n = \frac{4s^2}{d^2} = \frac{4 \times 1000^2}{100^2} = 400(\text{人})$$

2 计数资料按公式计算

$$n = \frac{4p(1-p)}{d^2}$$

式中 p 为总体率的估计值，n 为需调查的例数，d 为允许误差。

[例二]：某乡卫生院为了掌握当地某种地方病的防治情况，看总体患病率的变化。据以往调查，本地某病患病率曾为 20%，若允许误差为 3%，则应查多少人为宜？

代入公式计算：
$$n = \frac{4p(1-p)}{d^2} = \frac{4 \times 0.2 \times (1-0.2)}{0.03^2} = 711(\text{人})$$

5. 资料收集工作中的注意事项

(1) 日常工作的记录：记录应详细，具体，例如年龄不应填“成”字，而应填写实足年龄。如果性别未填，事后整理很难弥补。测定仪器应校正并固定，数量单位应准确并应填写一致，如 cm，kg，mg/l 等。

(2) 应尽量选择客观指标，切忌主观指标，如“较好”、“好”、“很好”；临床上的疼痛减轻，缓解等指标，若用好转、显效、有效等指标时，应有统一的具体的客观评价标准。如血压下降毫米汞柱，体重增加千克等。

(3) 应设计统一的调查表(卡)。整理表或记录卡，要统一标准和统一方法、统一时间和统一进度，保证资料的及时完整和准确，提高所收集资料的可靠性，可比性和科学价值。

(4) 对所收集的资料应有科学的态度，不得随意更改项目、内容和数字，并应较长时间的妥善保存。对所收集的资料应去伪存真地严格审查，去粗取精地科学整理和深入地细致地全面分析，充分发挥资料的效益和科学价值。

三、卫生统计资料的利用

1. 评价卫生院医疗质量统计指标的计算

(1) 门诊初复诊符合率 = $\frac{\text{诊断符合例数}}{\text{确诊例数} - \text{无对照例数}} \times 100\%$

(2) 转院率 = $\frac{\text{转出病例数}}{\text{出院例数} + \text{转出例数}} \times 100\%$

(3) 临床出、入院诊断符合率 = $\frac{\text{诊断符合例数}}{\text{出院病例数} - \text{无对照例数}} \times 100\%$

(4) 危急病人抢救成功率 = $\frac{\text{脱离危险期的病人数}}{\text{抢救病例总数}} \times 100\%$

(5) 无菌手术化脓率 = $\frac{\text{无菌手术化脓例数}}{\text{无菌手术总数}} \times 100\%$

$$(6) \text{某病临床治愈率} = \frac{\text{某病临床治愈出院例数}}{\text{某病出院总数}} \times 100\%$$

$$(7) \text{平均病床工作日} = \frac{\text{实际占用总床日数}}{\text{平均开放病床数}}$$

$$(8) \text{病床周转次数} = \frac{\text{出院人数}}{\text{平均开放病床数}}$$

$$(9) \text{病床使用率} = \frac{\text{病人实际占用总床日数}}{\text{实际开放总床日数}} \times 100\%$$

$$(10) \text{某病平均住院日数} = \frac{\text{某病治疗病人占用总床日数}}{\text{同期某病病人出院例数}}$$

$$(11) \text{住院病人病死率} = \frac{\text{病死人数}}{\text{出院病人数}} \times 100\%$$

$$(12) \text{平均每人门诊医药费用(元)} = \frac{\text{门诊医药费用(元)}}{\text{门诊人次}}$$

$$(13) \text{平均每日门诊人次} = \frac{\text{门诊治疗人次} + \text{急诊人次}}{\text{期内实际工作日}}$$

$$(14) \text{处方平均金额} = \frac{\text{处方总费用(元)}}{\text{同期处方总数}}$$

2. 评价防疫工作常用统计指标的计算

$$(1) \text{发病率} = \frac{\text{同期新发病例数}}{\text{年(季)平均人口数}} \times 1000\%$$

$$(2) \text{传染病发现率} = \frac{\text{发现传染病例数}}{\text{抽查门诊病历(登记)例数}} \times 100\%$$

$$(3) \text{传染病漏报率} = \frac{\text{漏报例数}}{\text{已报数} + \text{漏报数} - \text{重报数}} \times 100\%$$

$$(4) \text{某传染病死亡率} = \frac{\text{某传染病死亡人数}}{\text{同期平均人口数}} \times 100000 / 10 \text{万}$$

$$(5) \text{某传染病病死率} = \frac{\text{某传染病死亡人数}}{\text{某传染病患者人数}} \times 100\%$$

$$(6) \text{预防接种率} = \frac{\text{已注射全程人数}}{\text{应注射对象人数}} \times 100\%$$

$$(7) \text{预防接种保护指数} = \frac{\text{对照组发病率(病死率)}}{\text{接种组发病率(病死率)}}$$

3. 评价妇幼保健工作常用统计指标的计算

$$(1) \text{孕期受检率} = \frac{\text{产前曾受检查的孕妇数}}{\text{期内产妇总数}} \times 100\%$$

$$(2) \text{孕妇平均产前受检次数} = \frac{\text{对产妇检查总人次}}{\text{期内产妇总数}}$$

$$(3) \text{胎位矫正率} = \frac{\text{其中已矫正胎位人数}}{\text{查出孕期内胎儿异位的产妇数}} \times 100\%$$

$$(4) \text{新法接生率} = \frac{\text{新法接生人数}}{\text{产妇总数}} \times 100\%$$

$$(5) \text{妇科病查治率} = \frac{\text{某妇科病受治人数}}{\text{查出某妇科病患者人数}} \times 100\%$$

$$(6) \text{婴儿死亡率} = \frac{\text{未满周岁婴儿死亡人数}}{\text{同期活产婴儿数}} \times 1000\%$$

$$(7) \text{儿童某项缺点矫治率} = \frac{\text{受矫治儿童数}}{\text{有某项缺点儿童数}} \times 100\%$$

$$(8) \text{新生儿畸形发生率} = \frac{\text{畸形数}}{\text{出生人数}} \times 100\%$$

$$(9) \text{产褥感染率} = \frac{\text{产褥期感染人数}}{\text{接产人数}} \times 100\%$$

$$(10) \text{产妇死亡率} = \frac{\text{产妇死亡人数}}{\text{同期产妇人数}} \times 100000 / 10 \text{万}$$

$$(11) \text{新生儿破伤风发生率} = \frac{\text{新生儿破伤风数}}{\text{活产婴儿数}} \times 100000 / 10 \text{万}$$

4. 评价计划生育常用统计指标的计算

$$(1) \text{出生率} = \frac{\text{活产婴儿数}}{\text{年平均人口数}} \times 1000\%$$

$$(2) \text{死亡率} = \frac{\text{年内死亡人数}}{\text{年平均人口数}} \times 1000\%$$

$$(3) \text{自然增长率} = \frac{\text{年内出生人数} - \text{年内死亡人数}}{\text{年平均人口数}} \times 1000\%$$

$$\text{或} = \frac{\text{年内人口自然增长数}}{\text{年平均人口数}} \times 1000\%$$

$$\text{或} = \text{出生率} - \text{死亡率}$$

$$(4) \text{育龄妇女生育率(一般生育率)} = \frac{\text{年内出生人数}}{\text{同期15~49岁妇女人数}} \times 100\%$$

$$(5) \text{计划生育率} = \frac{\text{某地某年符合计划生育出生人数}}{\text{该地同期出生总数}} \times 100\%$$

$$(6) \text{人工流产率} = \frac{\text{同期人工流产例数}}{\text{已婚有生育条件的育龄妇女数}} \times 100\%$$

$$(7) \text{绝育率} = \frac{\text{女性绝育人数} + \text{男性绝育人数}}{\text{已婚有生育条件的育龄妇女总数}} \times 100\%$$

计算绝育率时，不该用育龄妇女总数，应该减去无生育条件的育龄妇女(如未婚、离婚独居、丧偶、不孕及已绝育的育龄妇女人数)，否则绝育率不能反映实际水平和效果。

$$(8) \text{独生子女领证率} = \frac{\text{领证人数}}{\text{有生育条件育龄妇女的独生子女数}} \times 100\%$$

$$(9) \text{平均初婚年龄} = \frac{\text{年内初婚者的年龄总和}}{\text{年内初婚总人数}} + 0.5 \text{岁}$$

计算平均初婚年龄，需要加 0.5 岁(校正常数)，这样校正的目的，能够比较精确地反映某一人群初婚年龄的一般水平。

$$(10) \text{晚婚率} = \frac{\text{符合晚婚年龄的女(男)性初婚人数}}{\text{初婚女(男)性总人数}} \times 100\%$$

5. 评价卫生事业管理常用统计指标的计算

$$(1) \text{某地方病患率} = \frac{\text{某病患病人数}}{\text{调查(检查)人数}} \times 100\%$$

$$(2) \text{平均每千人口拥有专业卫生技术人员数} \\ = \frac{\text{某年专业卫生技术人员数}}{\text{当地年平均人口数}} \times 1000 / \text{千人口}$$

$$(3) \text{专业卫生技术人员平均服务人口数} = \frac{\text{同期人口总数}}{\text{专业卫生技术人员数}}$$

$$(4) \text{平均每千人口拥有病床数} = \frac{\text{年病床总数}}{\text{同期平均人口数}} \times 1000 / \text{千人口}$$

$$(5) \text{平均每张病床服务人口数} = \frac{\text{同期人口总数}}{\text{病床总数}}$$

$$(6) \text{卫生院工作人员文化程度构成比} = \frac{\text{具有某类文化人数}}{\text{院内工作人员总数}} \times 100\%$$

文化程度构成比，是指大学、大专、中专、高中、初中、小学各占总人数的百分比。

$$(7) \text{卫生院内卫生专业技术人员占总人数的百分比} = \frac{\text{卫生专业技术人员数}}{\text{卫生院全体职工人数}} \times 100\%$$

$$(8) \text{某地当年每人平均年收入(元)} = \frac{\text{年总收入(元)}}{\text{抽样调查人口数}}$$

$$(9) \text{患者人均医药费负担(元)} = \frac{\text{支付医药费金额(元)}}{\text{抽样调查患病人数}}$$

$$(10) \text{饮用井水率} = \frac{\text{饮用井水户数}}{\text{总户数}} \times 100\%$$

$$(11) \text{井水消毒含氯率} = \frac{\text{井水含氯量符合数}}{\text{测井总数}} \times 100\%$$

$$(12) \text{粪便管理率} = \frac{\text{粪便管理户数}}{\text{调查总户数}} \times 100\%$$

$$(13) \text{人均耕地面积} = \frac{\text{耕地亩数}}{\text{人口总数}}$$

$$(14) \text{人口负担系数} = \frac{\text{小于14岁人口数} + \text{大于64岁人口数}}{\text{15岁~64岁人口数}}$$

6. 卫生统计资料的动态分析方法

$$(1) \text{上升率} = \frac{\text{本期数}}{\text{上期(或上年同期)数}} \times 100\% - 100\%$$

$$\text{或} = \frac{\text{本期数} - \text{上期数}}{\text{上期数}} \times 100\%$$

$$(2) \text{下降率} = \left(1 - \frac{\text{本期数}}{\text{上期数}}\right) \times 100\%$$

(3) 发展速度指标的计算与应用

①增长量：主要求差数的绝对数。逐期增长是求本期比上期增长数；累积增长，是求本期比基期增长绝对值。

[例三]某地 1949~1983 年病床数的发展情况。见下表

某地病床 1949-1983 年发展情况¹

年份	病床数	发展速度(倍)		增长量(张)		增长速度(倍)	
		定基	环比	累积	逐期	定基	环比
1949	190	100	--	--	--	--	--
1950	1254	6.60	6.60	1064	1064	5.60	5.60
1951	5854	30.81	4.67	5664	4600	29.81	3.67
1952	7414	39.02	1.27	7224	1560	38.02	0.27
1953	8409	44.26	1.13	8219	995	43.26	0.13
1954	9126	48.03	1.08	8936	717	47.03	0.08
1955	9538	50.20	1.05	9348	412	49.20	0.05
1956	16367	86.14	1.72	16177	6829	85.14	0.72
1957	22396	117.87	1.37	22206	6029	116.87	0.37
1958	24396	128.40	1.09	24206	2000	127.40	0.09
1959	27911	146.90	1.14	27721	3515	145.90	0.14
1975	62418	328.52	2.24	62228	34507	327.52	1.24
1976	66263	348.75	1.06	66073	3845	347.75	0.06
1978	70655	371.87	1.07	70465	4392	370.87	0.07
1979	72786	383.08	1.03	72596	2131	382.08	0.03
1982	77576	408.29	1.07	77386	4790	407.29	0.07
1983	79699	419.47	1.03	79509	2123	418.47	0.03

②发展速度：主要求定基发展速度和环比发展速度。所谓定基发展速度，是以基期水平为分母，以各期数值为分子，求出比值，可分析为发展到多少倍数；所谓环比发展速度，即以上期水平为分母，本期数值为分子，求出比值，可分析为与上期同期相比，发展到多少倍数。若将比值乘以 100%，则称为发展百分数。

分析发展速度，往往是分析上升或下降的趋势和波动幅度的大小，比值大于 1 为上升，比值小于 1 为下降。

③增长速度：主要是求定基增长速度和环比增长速度。所谓定基增长速度，是指本期水平减去基期水平后的增长数占基期水平的倍数或百分比；所谓环比增长速度，是指本期水平减去上期水平后的增长数占上期水平的倍数或百分比。

$$\text{定基增长速度} = \text{定基发展速度} - 1$$

$$\text{环比增长速度} = \text{环比发展速度} - 1$$

分析增长速度时，正值为上升，负值为下降(或称负增长)。

④平均发展速度：这个问题要注意把“平均速度”与“平均值”区别开来，不能把各期

¹资料来源安徽省卫生厅资料汇编

数直接相加后再被间隔年数去除，而应该用求几何平均数的方法去求“平均速度”。平均增长速度(又称平均递增速度)，它等于平均发展速度减1。计算公式分别介绍如下：

$$\text{平均发展速度} \quad \bar{X}_G = \left(\frac{a_n}{a_0}\right)^{\frac{1}{n}}$$

式中 a_n 为报告期水平， a_0 为基期水平， n 为报告期与基期间隔年数。

[例四]：计算例三中第一个五年计划期间(1952年末~1957年末)病床数年平均发展速度。

$$\text{代入公式：} \quad \bar{X}_G = \left(\frac{a_n}{a_0}\right)^{\frac{1}{n}} = \left(\frac{22396}{7414}\right)^{\frac{1}{5}} = 1.247$$

$$\text{平均增长速度 } r = \bar{X}_G - 1 = 1.247 - 1 = 0.247$$

$$\begin{aligned} \text{平均增长率 } R &= (\bar{X}_G - 1) \times 100\% \\ &= (1.247 - 1) \times 100\% \\ &= 24.7\% \end{aligned}$$

即第一个五年计划期间，该地病床数每年按照24.7%的递增速度增长。

5 统计预测：当我们掌握了平均发展(增长)速度时，就可以预测未来数据，用来制订发展规划指标数值

[例五]某乡1985年末人口总数为13868人，近十年平均人口增长率为9‰，若按此速度增长，问1990年该地有多少人口?2000年该地有多少人口?

解：根据已知 a_0 (基期人口)=13868人，平均增长速度 $r=0.009$ ，间隔年数 $n_1=5$ 年(1985~1990)； $n_2=15$ 年(1985~2000)，分别求末期人口。

$$\text{代入公式：} \quad a_n = a_0 \times (1+r)^n$$

$$a_{1990} = a_{1985} \times (1+r)^{n_1} = 13868 \times (1+0.009)^5 = 13868 \times 1.0458 = 14503(\text{人})$$

$$a_{2000} = a_{1985} \times (1+r)^{n_2} = 13868 \times (1+0.009)^{15} = 13868 + 1.144 = 15865(\text{人})$$

若规划要求人口年平均增长速度控制为8‰，则1990年和2000年各有多少人?

$$\text{解：} a_{1990} = a_{1985} \times (1+r)^{n_1} = 13868 \times (1+0.008)^5 = 13868 \times 1.041 = 14437(\text{人})$$

$$a_{2000} = a_{1985} \times (1+r)^{n_2} = 13868 \times (1+0.008)^{15} = 13868 \times 1.127 = 15629(\text{人})$$

6 规划指标的确定方法：制订规划，要有三个要素，即历史水平为参考，增长速度

为依据，计划指标为目的。过去我们制订规划，只考虑计划指标，而不大关心历史水平以及规划增长速度的可行性，有时甚至规划制订者自己也拿不准能否实现；有的人只是为了向上级交差，没有任何根据地凭想当然提出规划指标，所以往往计划落空，目标难以达到。

7.统计图示分析法 当我们收集整理了一批统计数据时(每个卫生院都有一定数量的资料)，在介绍交流情况，总结汇报工作或作卫生宣教时，只用数字描述，使人难以记忆和比较，若在会议室或办公室墙壁上用统计图形来形象地、直观地描绘，可给人以明了、直观和清晰的感受。现在我们介绍几种常用的上墙统计图的绘制方法与适用范围。

(1)直条图：直条图主要适用于比较性质相似而不连续的独立资料。以直条的长短来表示相互独立的指标数值大小。常用直条图分为单式直条、复式直条两种图形。

1 单式直条图：要求资料分组不宜过多，数值之间应有一定的差异，差异过大(最大值是最小值 100 倍以上时)或过小(最大值与最小值之差小于 1 个单位时)以及各直条一样高，一般不适宜作直条图。图中直条可以直立，也可横排。

单式直条应从大到小或从小到大，由左向右顺序排列。直条的宽度和间隔距离应相等，直条纵轴的起点一般从零开始，横轴分组一般用于不同地区、不同单位、不同疾病之间的数值比较。如图 2—4

2 复式直条图：适用于各个独立无连续性的资料，与单式不同之处是以组为单位，一组包括两个以上的项目，因此每组包含两条以上的直条，绘制方法与单式直条相同，在同一组直条之间不留空隙。如图 2—5

(2)线图：适用于连续性的资料，用以表达事物在各时期的发展过程，或者表达一种现象随着另一种现象变动的情况和发展趋势。

[例六]描述和分析某乡不同时期的出生率，不同年龄的死亡率，不同季节的发病率等指标的动态变化。

绘制方法：

1 确定纵、横轴，以横轴表示时间或分组，以纵轴刻度表示相应的指标数值；

2 将各时期的指标数值，点在各组相应的高度位置上，再将各点相连，即构成所需的动态线图；

3 图内线条多于两条时，称复式线图，须加图例说明。

1 纵轴刻度从零开始，横轴自左向右推进。详见图 2-6、2-7。

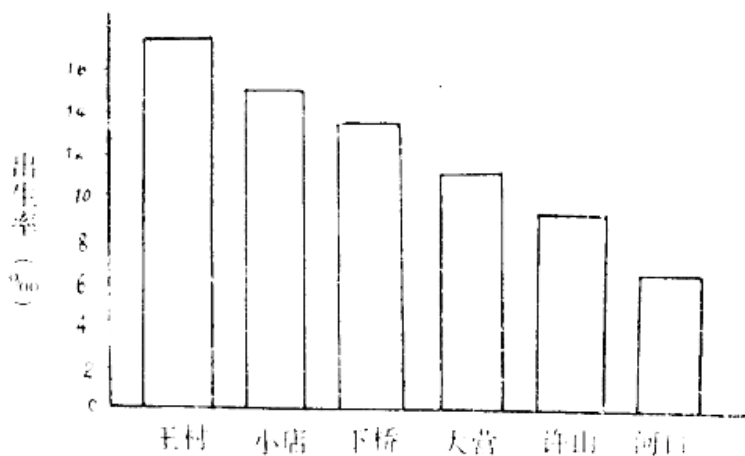


图 2—4 1983 年某区各乡人口出生率(‰)

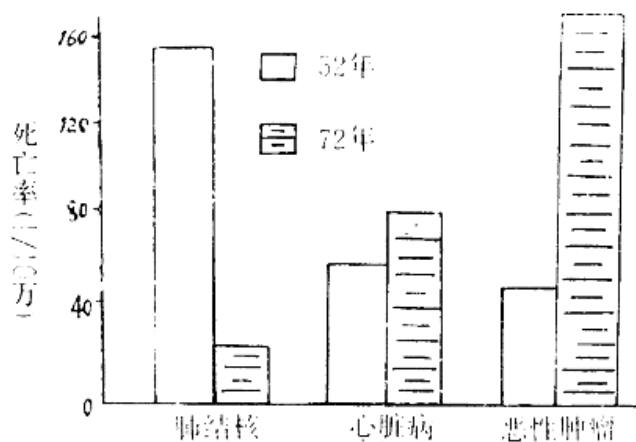


图 2—5 某地两个年度三种死因死亡率(1/10万)

1 资料来源：《卫生统计学》中国医科院等主编，卫生出版社1978年153页。

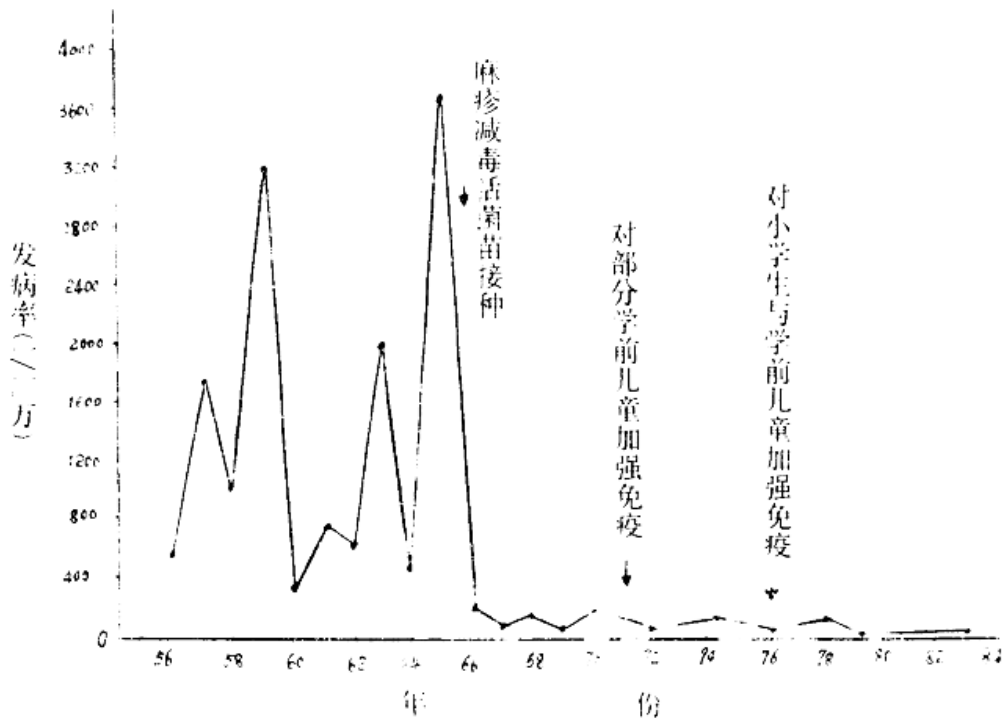


图 2-6 1956-1983 年某县麻疹发病率(1 / 10 万)¹

注: 1966 年麻疹减毒活菌接种; 1971 年对部分学龄前儿童加强免疫; 1976 年对小学生与学龄前儿童加强免疫。

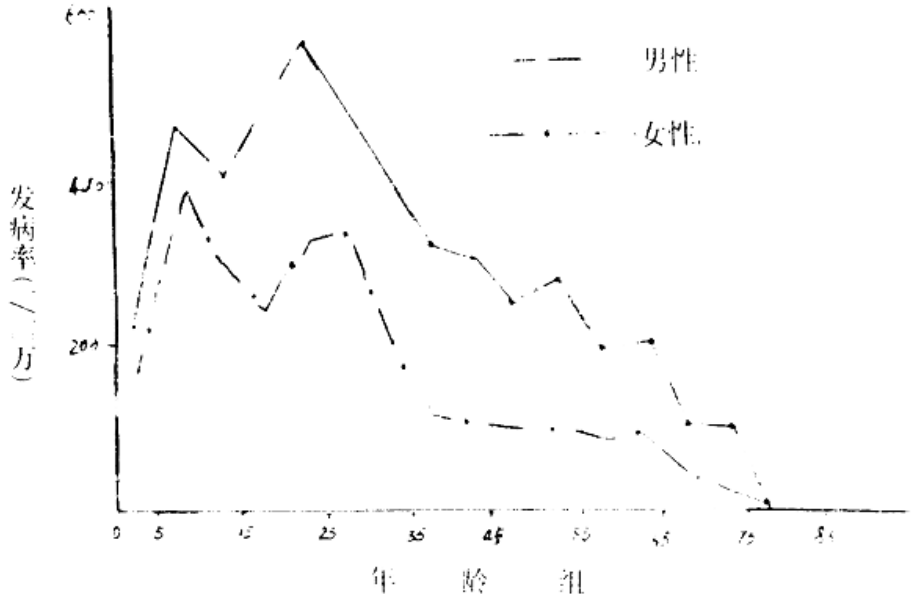


图 2-7 1978~1982 年某县肝炎性别、年龄组发病率(1 / 10 万)²

(3)百分构成图: 适用于百分构成资料, 用来表示事物各组成部分的构成情况。常

¹ 资料来源:《卫生防疫资料汇编》上海县卫生防疫站编, 1985年3月。

² 资料来源:《卫生防疫资料汇编》上海县卫生防疫站编, 1985年3月。

用的有圆形图和百分条图。

①圆形图：以圆的整个面积代表 100%，以圆内各扇形面积代表总体的各个部分所占的比重(组数不宜过多，最小组构成应大于 5%，否则图上无法描绘)。

圆图的绘制步骤与方法：

第一步先将百分比值分别乘以 3.6° ，换算成角度；

第二步绘一圆，以时钟 12 点处(9 点或 3 点也可)为起点，顺时针方向，按顺序由大到小排列，用量角器测定各构成比所占的角度，记于图上，分别用圆心到圆周的连线分割成各扇形面积；

第三步在各个扇形面积上划出斜线、方格等图案或涂以不同颜色以便区别，并用图例说明。如图 2—8

②百分条图：百分条图与圆图作用相似，用直条中各段的长度来表示总体中各部分所占的比重。

百分条图的绘制步骤与方法：

第一步绘一条横线于图上方，尺度分十格，每格代表 10%，总尺度为 100%，纵轴代表分组的刻度；

第二步绘一条平行于横线的长条，宽度可任意选定，全长与总尺度相等；

第三步以资料中各比例部分数值的大小，在长条中划分相对应的比例面积，如图 2-9

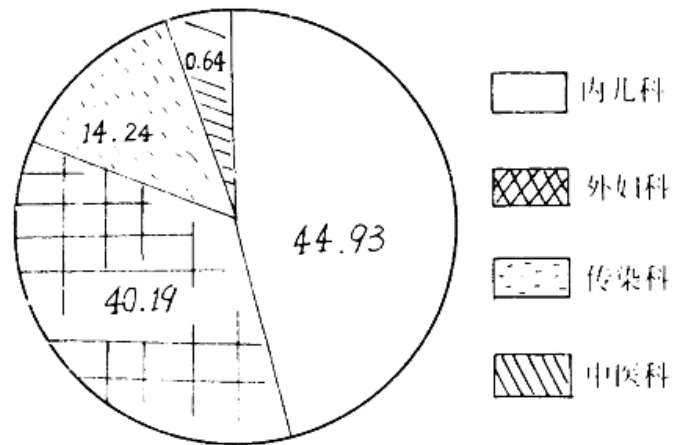


图 2—8 某卫生院某年各种出院病人比重^①

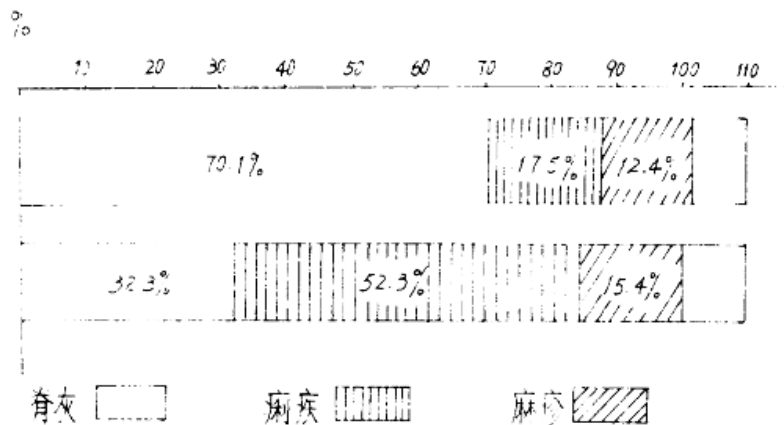


图 2—9 某地不同时期三种主要传染病构成变化^②

卫生院可根据自己收集的统计资料，绘成统计图，挂在会议室或办公室，不仅可以

^①资料来源：施仲赋《卫生统计》卫生管理干部函授教材①安医卫生管理系，1985年，85页

^②资料来源：同^①

美化环境，渲染气氛，总结成果，掌握动态，还可以反映该院统计资料的完整性和连续性，从而纵观该院的管理水平。

第六节 病案和图书管理

一、病案管理

病案(病历)是医务人员记录病人发病情况和疾病诊疗过程的文件，是医疗、教学和科研工作的重要资料，也是处理医疗纠纷和事故的重要参考资料。一份记载准确、完整的病历，可为进行正确的诊断和确定合理的治疗方案提供依据；通过大量病案资料的积累，可以总结临床经验，有助于提高医疗质量；根据病案资料可进行各项医疗指标的统计分析，评定医院工作质量，了解人群健康水平和疾病分布；发生医疗纠纷和事故时，都要以病案作为判断处理的重要参考材料。因此，乡卫生院不论规模大小，都应建立病案并对病案进行科学管理。

我国的乡卫生院，其规模大小、技术力量和管理水平颇不一致，病案管理情况也不相同。据对 10 所乡卫生院(其中一所是中心乡卫生院)的调查，情况是：7 所乡卫生院使用门诊记录卡或医疗手册，大部分由病人自己保管；1 所使用门诊大病历；2 所只有门诊登记簿。一般来说，目前乡卫生院的病案管理工作是很不健全的。

根据卫生部 1982 年颁发的《医院工作制度》和《医院工作人员职责》，结合我国乡卫生院的情况，对乡卫生院的病案管理提出以下要求：

1. 设病案室或专人管理病案 门诊病案可由挂号员管理。其任务是：填写初诊病人门诊病历首页的姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位、住址等项目并负责门诊病案的编号、传送、回收、整理、建卡(索引卡)、查找等工作。

住院病案管理人员的任务是：负责病案的收集、检查、整理、装订、归档、保管和供应工作，病案资料的建卡(索引卡)、登记、统计和编目(疾病分类和手术分类)工作。

病案室应建立必要的工作制度及做好管理工作，保持室内清洁、整齐、通风、干燥，防止病案丢失、损坏。

一个合格的病案管理人员不仅应具备病案保管和分类编目等知识，还应掌握一般医学基础知识。

2. 门诊病案管理的基本要求 一般乡卫生院应建立门诊医疗卡(或医疗手册)，有条件的乡卫生院可建立门诊大病历。门诊医疗卡最好由卫生院保管，按病人就诊时间顺序编号排列，并编制姓名索引(可按汉语拼音顺序排列)以便查找。暂无条件的乡卫生院可由病人自己保管，并请病人妥善保存，下次就诊时携带来院。门诊医生应填写门诊登记簿。

门诊医疗卡首页应包括以下内容：姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位、住址，并应标明药物过敏情况(过敏史)。每次门诊时，经治医生均应在医疗卡上简明、扼要、准确地记录症状、体征和处理情况，并有诊断和医生签名。各种检查的回报单，包括检验、放射线检查等，也应粘贴在门诊医疗卡上。

3.住院病案管理的基本要求

(1)每一住院病人都应建立完整的病案，再次入院的病人应当使用原病案号，病案统一归档。住院病案原则上应长期保存。

(2)病人住院期间，病案的排列顺序如下：体温表，医嘱单，入院记录，病程记录，手术和麻醉记录，会诊记录，各种检验和检查报告单，住院病历首页，入院前的门诊病历，手术签字单，行政文件等。

(3)住院病历要按照规定的要求填写，力求完整准确，重点突出，条理分明，字迹清楚。为了达到这些要求，首先是医务人员要有扎实的基本功和精湛的技术，在诊治过程中抓住要害，不放过每项应当进行的检查；同时也要有认真负责、一丝不苟的工作作风。

(4)病人出院前，经治医生应写好出院总结(或死亡总结)，并将病历首页中应当由医生填写的有关内容填上，然后将病案交病案室管理。

(5)病案室对出院病历要进行整理，检查有无缺损，然后依病历资料的时间先后，按下列次序排列、装订：病历首页，入院记录，病程记录，护理记录，会诊和转科记录，手术记录，化验及各种检查回报单，体温脉搏单，医嘱单，手术签字单及行政文件等。

(6)病案室将整理好的病案按编号上架保存(病人入院时，由住院处按入院顺序编号)。目前实行的编号方法，有门诊病案与住院病案统一编号法和门诊与住院病案分别编号法两种，还有的医院实行按姓名(笔划或拼音)集中存放或按疾病分类集中存放。对乡卫生院来说，实行门诊病案与住院病案分别编号，是比较简便易行的。

病案室还应建立住院病人姓名索引卡片，以便查找病案。用汉语拼音编制索引较为方便。

(7)病案室应根据医院工作需要，对住院病案的资料内容进行有选择的登记，如：住院病人登记、各科出院病人登记、死亡登记、转科登记等。住院病人登记表可包括下列项目：病案号、病人姓名、性别、年龄、籍贯、入院及出院日期、入院及出院诊断、手术名称、治疗结果等。通过这种登记，可了解住院病人的总情况，并进行各种医疗指标统计分析，如平均住院日、出入院诊断符合率、治愈率和好转率、死亡率等，还可用于帮助查找病案。

(8)乡卫生院应逐步创造条件开展疾病分类和手术分类索引编目工作。在编制索引的基础上进行医学统计，以了解各种疾病的住院人数和治疗情况、手术情况等，为开展防治工作、评价医疗质量及开展医学科学研究工作提供数据资料。

目前，国际上推行的统一的疾病分类法叫作“国际疾病分类”，现已出版了第九次修订版(International Classification of Disease, 9th edition, 简称 ICD-9)。我国部分医院则实行“中国疾病分类”(Chinese Classification of Disease, 简称 CCD)。卫生部正在拟订一种适于在中国推广使用的住院病人国际疾病分类，并拟订一种适用于乡卫生院的疾病分类。这个分类颁发后，乡卫生院即可按照它来进行疾病和手术分类索引编目工作，目前仍按原分类法进行工作。

4.病历书写要求及其质量评定 必须重视病历书写质量，并应将其列为考核医疗质量的一项指标。目前许多乡卫生院都已规定病历书写要求，并制定了病历书写质量检查

评定制度，定期进行检查。不少地方的卫生行政主管部门也对此作了相应规定。卫生部还于1983年制定了《中医病历书写格式与要求(试行)》。

《中医病历书写格式与要求(试行)》中，对中医门诊和住院病历的书写格式及内容，包括四诊内容、辨证分析、诊断、治法、方药等，以及病历书写的一般要求，均作了明确具体的规定(参见《中国卫生年鉴》1984卷157页)。

西医病历入院记录中几项内容的具体要求：

一般项目：记载病人姓名、性别、年龄、婚姻、籍贯、职业、住址、入院日期、记录病史日期、陈述人。这些项目都有一定的临床意义，不应忽略。

主诉：记载病人入院就诊时的主要症状、体征及其性质、部位和持续时间。

现病史和既往史：围绕主诉，比较详尽地记录本次发病以来的经过。与现病直接有关的病史，虽年代久远，也应包括在内。还应记载对诊断有参考意义的个人史及家族史，女性病人应记载月经、婚姻、生育史。

体格检查：体温、脉搏、呼吸和血压，发育、营养、体位、表情、神志、皮肤、粘膜、淋巴结都应检查和记载。全身各系统的检查要记载阳性体征和有鉴别诊断意义的阴性体征。

辅助检查：记录阳性结果。

诊断：写出初步诊断的疾病名称，如不能确定诊断，可在病名后加上问号。有些疾病的诊断应包括病因诊断、病理解剖和病理生理诊断及功能的诊断(如心脏病)。一个病人患几种病时，要按主要疾病、并发症和伴发病的顺序依次书写。

病历质量的评定，可根据病历书写要求，订出一个合理的评分标准。如上海市南汇县下沙乡卫生院对门诊病历按9项进行评分，住院病历按11项评分，每项都有具体要求。门诊病历评分的9项是：一般项目，主诉，现病史，体格检查，诊断，治疗处理，签名，复诊病历书写，病历首页及其它。住院病历评分的11项是：一般项目，主诉，现病史，既往史，个人史，家族史，体格检查，初步诊断，病程记录和手术记录，各种申请单，病历首页，医嘱单，出院记录。以上可供参改。

必须注意，评定病历质量的目的是为了高质量。因此，必须防止不真实的记录，以免流于形式及助长不良医疗作风。

二、图书管理

目前，乡卫生院多未建立正规的图书资料室。其实，这项工作十分重要。为医务人员提供丰富的医学书刊和情报资料，是提高技术水平、更新业务知识的重要手段之一，也是总结临床经验、进行科学研究必不可少的条件。为此，乡卫生院应努力创造条件建立图书资料室，并提倡良好的学习气氛。

1.书刊的订阅 乡卫生院应由懂业务的人员管理医学书刊。他们应当对本院医务人员的需要和书刊出版动态进行调查，并据此订出计划，有目的地购置。

了解书刊发行动态可通过以下渠道：

(1)新华书店北京、上海发行所主编的《科技新书目》每半月出版一期，内容为全国各出版社的科技新书(含医药卫生类)的书名、作者、出版日期、定价等。可通过邮局

联系订阅。

(2)邮电系统编印的《全国报刊目录》，每年一本，可到邮局订阅或查阅。

(3)报纸上经常刊登的书刊广告是了解书刊出版动态的重要线索，如《健康报》等。

(4)各出版社常印发各种新书宣传资料或征订单。如全国最大的医学专业出版社——人民卫生出版社编印的《读者之友》，每季度出版一本，介绍该社即将出版的新书，向全国县以上医院赠阅。为此，乡卫生院应经常与上级医疗单位取得联系，有助于了解书刊动态。

(5)各种学术会议经常编印资料汇编，以反映各学科的最新成果。这类资料可向主办会议的单位函购或预订。

此外，中国农村卫生协会主编的三种刊物——《中国农村医学》(人民卫生出版社出版)、《中国初级卫生保健》(黑龙江省《中国初级卫生保健》杂志社出版)、《中国农村卫生事业管理》(安徽医大《中国农村卫生事业管理》杂志社出版)，都是适合于乡卫生院医务人员阅读的专业期刊，可通过邮局订阅。

2.书刊的管理 建立图书阅览室，制定书刊登记、借阅等管理制度。

(1)期刊的管理：建立收到期刊登记本或登记卡，每期刊物收到后进行登记，然后分类上架，年终时整理装订成册。

(2)书籍的管理：建立新书登记本，登录书名、作者、出版单位、出版年月、版次、书价等项目，并按收到的顺序依次编号(流水号)。同时，将每本书的流水号写在书籍的内封上，盖上图书室的图章，以便管理。

有条件的单位，应按图书分类法将书籍分类编号，将分类号填写在小卡片(取口纸)上并贴在书脊上，以利分类上架。图书分类法可参考北京书目文献出版社出版的《中国图书馆图书分类法》简本。

建立图书借阅制度，以免丢失和有利于全院人员阅读。

第七节 院长工作基本方法

一、院长的素质

农村卫生院院长是农村基层卫生机构的领导者。随着农村卫生事业改革的深入进行，各地普遍推行了院长负责制，院长肩上的担子更重了，责任更大了，对院长素质的要求也更高了。做为一个院长，应热爱祖国、热爱人民、热爱党，坚持党的基本路线，忠实贯彻执行党的各项方针、政策。除此之外，尚应具备以下素质。

1.事业心、进取心和改革精神 身为院长，必须热爱自己所从事的工作，对自己的事业要有使命感、荣誉感和紧迫感，即有强烈的事业心，把自己的全部精力投入到事业中去、兢兢业业、勤勤恳恳、任劳任怨、竭尽全力地把卫生院的工作搞好。

院长，更应该有强烈的进取心和改革精神。敢于改革，勇于开拓，决不能因循守旧，固步自封或妄自尊大，应善于审时度势，掌握改革形势，理解上级意图，决定自己

的行动。

2.自信力、魄力 院长要对自己的事业充满信心，要对自己的工作能力充满自信，当然，自信力来源于对事物发展的预见及对其所领导的单位的全面了解与正确分析。领导者的魄力表现在敢于决断，也善于决断，勇于负责也善于负责。

3.自尊、自重、自爱 领导者应学会尊重自己的事业和人格，珍视自己的品德和修养，爱惜自己的荣誉和信誉。基层领导者的威信和权威不能靠行政命令，而是用自己的行动来铸造。

4.业务能力和管理能力 卫生院长必须具备一定的业务能力，而且，应是某一专科的佼佼者和业务多面手，才能取得院内职工及当地群众的信任和拥戴。因此，院长不能脱离业务。但对于院长来说仅有较高的业务能力是不够的，还应具备一定的管理能力，即对工作的组织、实施及管理的能力。

5.学识 做为一个卫生院的领导者，应具备多方面的知识。其知识结构大体可由医学科学、管理科学、社会科学、人文科学等方面组成，并有较科学的思维方法，才能高瞻远瞩，正确地进行分析判断，实施有效的领导。

6.韧性、耐性、 领导者的韧性表现在坚韧不拔，百折不挠，不达目的誓不罢休。领导者的耐性表现在有容人之量，对下属不求全责备，无忌妒报复之心，听得进逆耳之忠言，求大同，存小异，善于团结人。没有韧性，就不可能将工作坚持下去，没有耐性，就不可能团结全院职工一起前进。

二、院长的基本工作方法

院长除了应具备上述素质外，正确地掌握和运用工作的基本方法，是取得工作成效的关键。有关管理方法如目标管理方法，信息管理方法等，已在其它章节中阐述，本节主要着重于涉及院长在实际工作中经常应用的一些方法及领导艺术。

1. 树立良好的领导作风 一个领导者没有良好的领导作风，就不可能带出一个好的集体，也不可能干好工作。领导者应该作风正派，大公无私；率先垂范，以身作则；光明磊落，不谋私利；严以律己，宽以待人；赏罚分明，公正廉洁；处事果断，雷厉风行；言必信，行必果，这样才能树立起领导者的权威。

2.协调与处理好人际关系 卫生院是社会的一个单元，院长是人群中的一分子，每日、每时都在与人打交道，处理人际关系，这是院长日常基本工作之一。要想处理好人际关系，就要善于“弹钢琴”，也就是要善于灵巧地按动各个琴键(调动各方面的积极性)，协调一致，弹奏出和谐、优美的“协奏曲”。

(1)处理好与本单位党组织的关系 实行院长负责制后，改变了党政不分，以党代政的习惯作法。但要注意发挥党组织的监督保证作用。

(2)处理好与副院长的关系 副院长作为院长的助手，应对院长负责，在院长领导下分管一定的工作，院长应对副院长充满信任，有明确的岗位责任制，在工作中尊重副院长的意见，注意发挥他们的作用，并敢于为他们工作的失误承担责任。

(3)处理好与中层领导的关系 对中层领导要有明确的岗位责任，充分发挥他们的聪明才智，使他们敢于负责，善于负责。

(4)处理好与职工群众的关系。院长一要置身于群众之中，主动接受群众的监督；二要有民主作风，善于倾听与接受群众的意见，不断改进自己的工作，切忌独断专行；三要注意保护群众的积极性。在工作上严格要求，在生活上关怀照顾，使群众体会到领导的关怀和温暖。

(5)处理好与上级主管部门、当地乡镇党委、政府的关系。主动争取上级主管部门和当地乡镇党委、政府的领导与支持。认真完成上级布置的任务并因地制宜地有所创新。

(6)处理好与当地各部门的关系。卫生院的工作和职工的生活，离不开当地各部门。处理好与这些部门的关系，就会给卫生院的工作带来很多方便，就会取得各方面的支持。

3.实事求是、调查研究 院长为使自己的工作更切合实际，取得预期管理效能，就应掌握与运用调查研究的方法，深入调查研究。

调查研究的基本内容，包括卫生院如何改革，工作计划的制订、执行及各项管理、人员思想状况等，可为阶段性的调查研究，也可为某件事或对某个人进行调查研究。

搞好调查研究，要坚持马克思主义的立场、观点和方法。通过系统的、周密的调查研究，进行可行性分析，找出事物发展的客观规律及其本质以及与其它事物的联系，据此进行决策，实施正确、有效的管理。广泛听取各方面的意见，掌握和了解更多的、更可靠的信息，进行比较和鉴别，切忌先入为主。

4.掌握运用时间的方法

(1)管理好自己的时间：院长每日要接触很多人，处理许多事，只有善于管理好自己的时间，才能提高工作效率。反之就会使工作杂乱无章，疲于应付。院长应制定出月、周、日的工作安排，科学地安排好时间。

(2)重效率、重成果：对时间的科学管理，还表现在领导者应善于节约时间，注意提高工作效率和工作成果。减少不必要的工作、会议和应酬活动，砍掉不必要的重复劳动，分清工作的轻、重、缓、急，给予妥善安排，以集中精力和时间去做一些有成效的、有意义的工作。领导者更应注意不要浪费他人，特别是下层的时间。尤其是要提高会议的效率和效果，长会短开，可开可不开的会议不要开，逢会必决，议而不决的会议等于浪费自己与他人的生命。

5.掌握常规管理与例外管理的方法 卫生院的业务工作大体可分为两大类：一类是大量的常规业务，如门诊和病房的日常工作，要使之规范化，按常规运行，就需要建立健全各项规章制度、操作常规、工作程序及明确的岗位责任制等。院长应经常检查常规业务的运行情况，如出现偏差要及时调整，使常规业务的处理规范化，同时要尽量授权给下级去办，使自己从大量繁琐的事物中摆脱出来，主要处理大事、新事或意外的事，即非常规业务，这叫做例外管理。在常规管理已走上轨道的卫生院，院长应把主要精力放在“例外管理”上，减少繁琐的具体事务，使领导处于比较超脱的状态，更有效地把握时间，成为时间的主人。

6.选人、用人的艺术 院长应有爱才之心，识才之能，容才之量，育才之责，用才之道，总之要有选人、用人的艺术。在选人用人时要注意以下几点：

(1)要知人善任：善任来于知人，不知人者不能善任。要知人，就要下功夫花力气

去了解人、关心人、掌握人。院长对自己的下属应了如指掌，包括其资历、能力、性格、爱好甚至家庭基本情况等皆应清楚。按照能级管理的原则，安排适当的位置或工作。善于识人之所能，用人之所长，才能发挥其作用，反之则往往事倍功半。

(2)要不拘一格：院长在选拔用人时，要不拘一格。“人无完人，金无足赤”，对有真才实学者，或对有某一方面特长者要按其能力，大胆提拔使用，对犯错误而知错改错者也要根据其所长，妥善使用，决不能求全责备或一棒子打死。

(3)用而不疑：“用而不疑，疑而不用”，院长对其下属既用之，就应委其任、明其责、授其权，并对其工作给予支持，决不能既用又不信任，以免下属失去对院长的信任和对本身能力的自信。

7.正确运用决策技术 决策亦即决断，是院长工作中经常应用的管理技术。没有正确的决策，就没有管理成效，正确运用决策技术，是每一个管理者必备的条件。

(1)决策的程序：①确定目标。目标是行动所要达到的结果。确定目标是决策者运用理性思维的方法，作出科学的决定。目标要具体、明确，有计量成果的尺度，限定时间，确定责任。②拟定方案。方案是为了达到目标而拟定的策略，是管理者根据收到的信息情报资料，运用分析、判断和推理的过程，制订出方案。③选择方案。把几种方案进行比较、分析、评价和论证，权衡利弊因果，从中选定最佳方案。④决策执行。决策执行要充分发挥人和组织的作用，使执行决策的人和组织的理解和明确决策的目的、内容、要求和责任，并在管理活动中付诸实施。⑤追踪检查。在贯彻和执行决策中，随时按照规定的标准进行检查，对决策偏差，随时加以纠正，使其达到决策的目的和要求。

(2)决策中应注意的问题：①正确的决策，来源于正确的认识，正确的认识来源于实践，信息是实践的结果。因此，信息是制定决策的基础，要充分发挥信息在决策中的作用。②注意发挥集体智慧。决策要依靠集体智慧，多方听取意见，集思广益，以避免决策的失误。③注意决策的可行性。决策受着很多条件和因素约束，在决策时，必须考虑到需要和可能，有利因素和不利条件，多方取衡，深思熟虑，慎重从事。但院长对下属的请示、报告要及时作出决策，遇事不可优柔寡断，迟疑不决。④锻炼决策能力。要注意积累经验，从实践中学习，向有经验的同志学习，不断提高决策能力，特别是对非常规活动的决策能力。所谓处事果断，有魄力，在一定程度上取决于决策能力。⑤注意决断(决策)不是武断。正确的决断(决策)来源于深入的调查研究，周密的思维活动及丰富的工作经验，并非主观臆造，更不能武断。在院长负责制下，院长往往易犯“我说怎么办就怎么办”的毛病，实际是武断的表现。

8.抓大事，抓主要工作 卫生院院长特别是较小卫生院的院长，他们除了领导工作外，还要承担较重的临床工作，每日留给他们处理日常工作的时间就不会太多。所以，切不可“眉毛胡子一把抓”。院长的主要工作大体有几个方面：确定目标，组织指挥，掌握信息、作出决策，教育指导，学习研究。其中前两条是根本性工作，后四条是经常性工作。为此，要注意：

(1)要善于确定目标：根据目标管理与计划管理的原则、党的方针、政策、上级主管部门的要求，结合本院实际情况，制订院长任期内总的奋斗目标，年度目标及不同时期的计划包括远期、近期的，并按计划逐项实施。不善于制订计划，确定方向目标，工作便是盲目的；而有了计划不执行，一纸空文，束之高阁，同样是毫无意义的。计划中

所订的每一阶段的工作重点(中心)即是院长本阶段的主要工作。善于确定目标并努力实现目标,是院长最主要的工作,也是考查其事业心和领导水平的一条主要标准。

(2)要学会组织指挥:组织指挥是院长的一项根本性工作。组织包括:①建立机构;②选人用人,明确职、责、权;③建立工作规范,规章制度。而指挥则是院长如何通过指挥系统行使自己的权力,将其决策付诸于实践。机构、制度不健全,职责不明确,工作杂乱无章,表明了组织缺陷;而信息不灵,决策欠当,说话无人听,做事无人帮,反映了指挥无力。院长的组织指挥能力,代表了院长的领导水平。

(3)要善于运用信息反馈,指导工作。信息是院长实现反馈控制和进行正确决策的基础,院长要重视信息的收集、贮存、分析与反馈,特别是卫生统计与财务统计,根据信息管理的原则,勤于思考,善于积累,通过信息分析,找出工作的焦点,进行及时、有效、正确的决策,反馈到有关部门,起到指导实践的作用。不少院长不精于此道,应在深入实际、调查研究的基础上掌握好信息反馈技术。

(4)要注意学习与研究:院长是一院之长,其知识的广度与深度在一定程度上代表卫生院的水平,而院长要适应卫生院形势的发展,工作的需要,就必须经常学习新知识,研究新情况,认识新形势,探索新途径,在不断改革中前进,才能胜任工作。因此学习研究应是院长的一项基本职责、经常性工作,要投入一定的精力和时间。

三、思想政治工作和医德教育

思想政治工作,是用马克思列宁主义、毛泽东思想来武装人们的思想,从而调动和发挥人们的积极性、主动性、为实现“四化”建设的伟大目标而努力奋斗。

在改革的新形势下,改革需要思想政治工作来保证,思想政治工作也需要改革,把思想政治工作与业务工作、经济工作紧密结合起来。其中重点要抓好政治教育。除了要经常对全院职工进行社会主义的理想、道德、纪律教育,社会主义初级阶段的理论和党的基本路线的教育,以及政策、法制和时事教育外,还要坚持不懈地抓好医德教育。医德教育是对医务人员的职业道德教育。医德教育是医院管理的伦理基础,是提高医疗和服务质量的根本保证,是协调医患关系的重要条件,也是医院精神文明建设的重要内容。因此,医德的好坏,是医院的信誉所在。

医德行为规范归纳为:尊重病人,认真负责,刻苦钻研,廉洁正直,慎严守密,团结协作,文明礼貌,仪表端庄,安全有效。农村广大医务人员应严格遵守“农村卫生人员工作守则”,大力开展优质服务、文明行医活动,做精神文明建设的典范。

第三章 医疗管理

第一节 医疗管理基本知识

一、医疗管理的概念

1. 医疗和医疗过程 患者到医院就医,是希望自己得到医疗。所以医疗一般是指诊疗疾病的过程。但广义的医疗并不仅限于此,它是指增进人类健康的全部活动过程,包括预防、诊疗、康复、保健等。卫生院的医疗活动由院内和院外两部分组成。院外的医疗活动大多指的是社会医疗服务,如预防接种、人群健康检查及健康管理、疾病普查普治、妇幼保健、优生学服务、计划生育技术指导、健康咨询、对村级卫生组织的技术指导等,中心卫生院还要对一般卫生院进行技术指导、协助会诊等。院内的医疗包括诊疗和护理两大部分。诊疗包括临床诊疗(如内、外、妇、儿等临床各科)和辅助诊疗(如检验、放射线诊疗、心电图诊断、超声波诊疗等),此外还包括康复医疗和预防保健。本章所阐述的主要是院内医疗管理。

卫生院内的医疗过程,是指从病人进入医院大门(门诊、急诊或住院),经过诊断、治疗、护理,直至出院(离院)的全过程。其医疗程序大体可划分为门、急诊→住院→康复→离院等几个阶段。

门诊是院内医疗活动的第一线,进行一般的或初期的诊疗服务,解决大多数病人的诊疗问题。

急诊即诊疗和抢救急、重、危就诊病人,留察未脱离危险期和疑难的病人,是院内医疗活动的重要一环。

住院是对各种复杂、疑难重症(包括急、慢性)疾病或需要住院手术的病人进行全面系统的诊疗,是院内医疗活动的中心环节。

康复医疗是对恢复期病人的诊疗,它包含有院内及院外两种形式。

2. 医疗要素 卫生院的医疗活动离不开医护人员、医疗组织、医疗设备、物资和信息等,即医疗要素。医疗管理就是要使这些要素合理地结合和流通。

在卫生院内,医疗活动不是个体或单项的技术实践,而是一个有机协调的、自成系统的整体。这一整体是由各医疗部门所组成,如诊疗部门、护理部门、医技部门、康复部门等。

3. 医疗管理的概念 结构控制功能,功能又能促进结构的改变。如何选择最佳结构形式,使其功能全部发挥出来,便是医疗管理的着眼点。也就是说,在组织管理医疗活动中,应当运用科学管理的思想和方法,结合本院实际情况,合理地组织人力、物力、财力,充分发挥卫生院现有技术、设备和效能,取得最佳的医疗效率和医疗效果,这是医疗管理的基本目标。

综上所述，医疗管理是指对医疗工作全过程，医疗工作诸要素及医疗工作各部门进行计划、组织、控制和协调，使之处于应有的状态，发挥最大的效能，以实现最佳的医疗效率和医疗效果的目的。广义的医疗管理，包括医疗技术、科研和医疗质量的管理。

医疗管理是卫生院管理体系中的中心环节，其它管理如人才管理、财务管理、行政管理等都要围绕医疗管理来进行。医疗工作量完成的多少、医疗质量的优劣、医疗技术水平的高低、医疗社会效益与经济效益的大小，即是一个卫生院医疗管理水平的综合反映。

4. 医疗管理的内容 医疗管理包括门、急诊管理、病房管理、医技科室管理、护理管理、康复管理、家庭病床管理等内容，将在以下各节分别阐述。

5. 医疗管理的作用

(1) 医疗管理是保障完成卫生院任务的主要手段：卫生院基本任务之一是医疗，即治病救人。医疗工作主要靠医疗活动去实现。如果对医疗活动缺乏科学管理，便不会有正常的工作秩序，便不会充分发挥医疗系统的效能，便不会有高效率、高质量的医疗效果，也不会圆满完成医疗工作任务。

(2) 医疗管理是影响整个医疗管理水平的中心环节。医院的其它各项工作都要围绕、服从、保障医疗工作去展开，其它各项工作的管理也都要与医疗管理同步，保持协调一致。

二、 医疗管理的基本原则

1. 以病人为中心 卫生院院内工作要以医疗为中心，也就是要以对病人的医疗服务为中心，所以医疗管理的核心是病人，它的一切工作的出发点都应紧紧围绕病人，以有利于病人诊疗、护理、疗养，保证病人的安全。

2. 充分发挥卫生院的整体医疗效能 医疗管理要协调上下左右各个部门、各个环节的工作，使医疗工作及时、正确、有效，以达到最佳医疗效率与医疗效果。为此应做到以下两个适应：一是医疗结构应与功能相适应。由于卫生院规模大小不一，从十几个职工到百余人，从几十张床位到近百张床位，任务也不尽相同，因此科室设置和设备、人力配备就不应一样。二是医疗技术力量的组合与医疗活动中心环节的需要相适应。门诊和住院医疗是影响整个医疗服务的量与质的中心环节。因此从技术力量的组合上应首先满足门诊与病房的需要。

3. 抓好常见病种及重点病人的医疗管理 卫生院以常见病的诊治为主，但从卫生院的发展特别是中心卫生院的发展来看，常有一部分疑难、重危及一些较复杂的手术病人，这些病人是重点病人。对这两类病人的诊疗护理效果，常可显示一个卫生院的医疗技术、医疗质量和医疗管理水平，要因地制宜、因院制宜地抓好这两类病人的医疗管理。

三、 医疗管理的任务和方法

医疗管理的任务，应按管理的职能去展开。

1.制订医疗管理计划 医疗管理计划是卫生院工作计划的一部分，也是实施医疗管理和检查医疗管理效果的依据。制订医疗管理计划就是提出医疗管理目标。其目的是为了不断提高医疗质量和医疗工作效率。

医疗管理计划目标有长期和短期之分。其内容主要有以下几个方面：

(1)医疗任务(数量)：医疗任务以医疗工作指标的形式来表示。如门诊人次、住院人次、手术人次等。由于医疗任务量的不确定性，这类计划指标仅仅是个大体上的预计数，一般不宜作指令性要求。同时，由于卫生院的规模、大小、地理位置、人口稠密程度各不相同，在制订时应根据本院实际情况做具体分析。

(2)医疗质量：以诊断量与治疗质量目标的方式提出。如提高某些疾病诊治、抢救效果等，可用诊断符合率、治愈率、好转率、抢救成功率、无菌手术感染率表示。

(3)加强医疗组织管理：各卫生院因院制宜地对医疗组织管理方面的有关问题提出目标要求，如建立健全某些医疗环节和部门的工作，降低陪护率、改善门诊秩序等。

(4)提高经济效益：要把提高社会效益与提高经济效益结合起来。在保证社会效益的前提下，提高经济效益。

在制订计划时一定要从实际出发，实事求是，突出重点，任务具体，目标明确，既要有所前进，又应是经过努力可以达到的。

2.合理地组织医疗技术力量 有了管理目标，还必须合理地组织医疗技术力量去保证计划目标的实现。广义地讲医疗技术力量包括参与医疗技术的人力和物力资源。其管理内容有：

(1)医疗组织机构的合理设置：医疗组织机构的设置原则应是：①根据医疗需要和可能条件设置，以保证医疗计划的顺利完成。②所设机构要相对稳定，临时性机构不宜过多或频繁出现，减少随机调度次数，保持医疗活动的惯性运行。③成立新的专业科室，必须具备应有的条件，包括合格的专业人员、所需专业设备、适宜的房舍，以保证其能独立开展工作。更主要的是应以本地区群众需要即社会效益的大小为依据，以保证该科室效能的充分发挥。④应有适宜的管理层次，以便于指挥效能的最佳发挥。根据各地情况不同，可采取以下三种方式：规模较小的卫生院由业务院长直接管理各业务科室；较大的卫生院和中等规模的中心卫生院，可设专(兼)职医务干事一名，发挥职能机构作用；较大的中心卫生院可设立医务组。

(2)医疗技术人员的合理配置：应根据全院、科室或诊治单元完成规定任务所需人员数量、素质、工作时间和排班等情况进行合理配置。从广义讲还包括技术培训，更不能忽视各科室骨干力量的配置和培训。

在人员配置中尚应掌握以下原则：①应以岗位责任制为依据，即有岗就要有人。②要符合人员能级对应原理，要人尽其才，量才而用，即将人员安排在最适合本人工作能力的岗位上，以发挥其最大效能。③必须满足医疗任务所需要的各级各类人员。④应有利于技术人员的专业定向发展或一专多能。⑤技术人员要专业对口。⑥保持各类技术骨干有相对的稳定性。⑦注意各类各级及同类同级技术人员之间的相互关系。⑧防止或避免频繁调动。⑨尊重技术人员的专业志向。⑩大胆地把具备条件的中、青年技术骨干选拔到科室领班人的岗位上去发挥作用。

(3)医疗技术人员的调整与排班：在医疗活动中，常常出现一些特殊情况。如临时

性医疗任务，人员变动，季节病、流行病发病高峰时期，因农村集市所致之门诊量骤增等，打破了原有的惯性运行状态，而需要进行随机调度，即应将现有人员进行必要的调整。调整应本着两者兼顾的原则，既要适应变化了的形势，又不影响原有医疗活动的进行。

目前，卫生院多实行昼夜 24 小时应诊，住院病人昼夜有医护人员值班诊治。为保证医疗活动的正常进行，防止漏岗现象发生，除应有严格的工作制度外，尚应有科学的、合理的班次安排。班次安排涉及到医、护、医技等各部分，由院及各业务组负责人按周(月)进行编排。

(4)健全医疗指挥系统，形成灵敏有效的反馈：医疗指挥系统应包括正、副院长，医疗职能机构和组长(护士长)，根据卫生院规模大小而设立。没有健全的医疗指挥系统，就不能保证医疗系统的正常运行，不能保证有秩序、有程序的医疗活动。所谓健全，不但是指组织机构的设立，尚包含各级组织的人员配备，并有责、有权，各司其职，各尽其责，才能在统一领导、统一指挥下，实现医疗计划。只有健全的医疗指挥系统，才能形成灵敏、有效的反馈，及时贯彻执行上级意图，保证医疗计划的实施。

3.制订和贯彻各项医疗规章制度 医疗规章制度具有一定程度的指令性和法规性，它包括：

(1)责任制度：如各级各类人员的岗位责任制。

(2)医疗管理制度：即对医疗工作应有状态的基本要求，如各业务科室工作制度、程序和工作规范等。

(3)技术常规、操作规程、诊疗、护理标准。

医疗规章制度的贯彻执行，要抓住以下要点：

(1)应以实行各级岗位责任制为中心。

(2)应经常了解执行情况，及时给予指导、帮助；树立典型，推动全局；并要赏罚分明。

(3)从教育训练着手，使医疗技术人员在执行规章制度中达到思想上高度重视、内容上充分了解、技术上操作熟练、作风上一丝不苟、执行上严格认真。

4.做好医疗过程中的协调工作 卫生院是由医疗、行政、后勤、院外防保等多项工作组成的综合体，而医疗工作又由医疗诸要素等组成一个系统，每日每时都与患者打交道，处在不断运行的状态中。为保持医疗工作的动态平衡，在管理上的协调工作是必不可少的。

协调也可理解为协同调整。它的管理对象主要是对医疗系统内部结构与功能间关系的协同调整；对医疗系统各部分、诸要素之间关系的协同调整；对医疗系统与其它系统的协同调整；对医疗系统与其服务对象——病人之间关系的协同调整。因此它的主要任务是使医疗活动协调一致，同步进行，提高工作效率，确保医疗质量。

协调工作的几个方面是：

(1)思想上的协调：主要是树立以病人为主体，以医疗工作为中心的指导思想，以社会效益为最高准则，以优质服务、提高医疗质量为目的，端正医德医风，加强团结，增强责任心和使命感。

(2)制度上的协调：明确的责任制度和健全的工作制度是协调工作的组织保证。例

如通过会诊制度、查房制度、交接班制度、医嘱制度等沟通医生间、医护间、医患间的协调。

(3)业务培训上的协调：技术和质量上的薄弱环节往往影响相互配合；随着农村卫生事业的发展，医疗工作的需要，医学知识的不断更新等，对相互工作的协调一致，也不免有所影响，这些都需要通过业务培训来解决。

协调工作中应注意信息的通畅，薄弱环节的改善，全面教育与个别指导的结合。同时要目的明确，掌握时机，减少或防止干扰医疗活动的常规运行。

5.检查评定医疗效果 医疗效果是医疗管理效能的综合反映，检查评定医疗效果是医疗管理的重要环节和终末步骤，也是科学管理的主要标志。通过检查评定医疗效果，可以检验医疗管理任务完成情况；看出医疗系统功能发挥水平；找出医疗管理计划、协调和指挥中的薄弱环节；检查监督医疗管理计划目标的执行完成情况；评定医疗工作是否完成预订指标；帮助分析和找出计划目标与管理上的缺陷，并为重新编制医疗管理计划提供有力的依据。

检查评定医疗效果，必须有统一标准，评定的指标要有可比性。因此要根据本地具体情况制定统一的评定标准及指标。

四、医疗安全管理

1.医疗安全与医疗不安全 医疗安全是指病人在医疗过程中，不发生在允许范围以外的心理上、机体上、功能上的障碍、缺陷或死亡。医疗不安全则指病人在医疗过程中，由于医疗系统的低能状态或医疗管理过失等原因，发生了允许范围以外的生理、机体结构或功能上的障碍、缺陷或死亡。

医疗安全是医疗质量的重要标志之一，而医疗不安全则是医疗管理功能低下的突出表现。由于医疗不安全引起医疗纠纷，发生医疗事故与差错，往往影响正常的医疗工作，给病人造成不可弥补的损害。因此医疗安全管理是医疗管理的重要内容，应贯穿于医疗管理的全过程。

2.影响医疗安全的因素 归纳起来大体有以下五类：

(1)医疗技术上的因素：指由于医疗技术水平不高、技术经验不足造成的诊断、治疗、护理上的失误。如误诊、误治、护理不当等。

(2)组织制度上的因素：指由于人员配置不当、职责不明、制度不严以及物质保障不及时、医疗条件不具备等给病人造成危害。

(3)思想作风上的因素：指由于工作人员责任心不强、医德医风不好、工作作风不严肃、工作粗心大意、操作粗暴等给病人造成危害。

(4)卫生学因素：指由于卫生院内感染、环境污染、食物污染、射线损伤等给病人造成危害。这一点往往没有引起人们的重视。

(5)医源性、药源性因素：前者是指由于医务人员的语言或行为不当引起的医源性疾病；后者则指由于药物治疗的副作用或配伍不当、用药不当给病人造成的损害。

应该指出的是医疗安全管理的注意点不应仅仅放在防止医疗事故、差错的发生上，尚有某些因素给病人的安全带来更大的、隐匿的、往往不为人们所注意的威胁。如长期

大量应用抗菌素所致的二重感染、菌群失调；滥用激素药物引起的内分泌功能紊乱；院内污水、污物处理不善导致某些传染病的传播；不注意消毒隔离所致的院内交叉感染等。

3.消除影响医疗安全因素的措施 医疗安全管理应着眼在防患于未然，及时消除各种影响医疗安全的因素，采取有效措施，防止医疗事故和差错的发生，防止给病人造成不必要的损害。

(1)加强对医务人员的思想教育和技术培训：1 经常对医务人员进行思想和职业道德教育，帮助他们树立良好的医德医风，增强责任心和使命感，建立“安全第一”的观点。2 有计划地对医务人员进行技术培训，抓好“三基”、“三严”训练，同时注意全院医疗技术水平的提高，把集体业务能力推进到较高水平。

(2)加强卫生院卫生学管理：1 必须严格执行消毒隔离制度，遵守无菌操作原则，重点抓好供应室、制剂室、手术室、产房、婴儿室等的工作。2 必须对卫生院的污水、污物进行无害化处理。3 加强门诊及病房的管理。搞好清洁卫生和消毒隔离工作，防止院内交叉感染。

(3)建立健全各项规章制度：要建立各项规章制度和技术操作常规，做到制度明、职责清、有章可循、有章必循、违章必究。

(4)应本着认真负责的态度，妥善处理与解决医疗纠纷问题，争取就地解决，矛盾不上交。

(5)经常检查医疗安全情况，善于抓住医疗不安全的苗头，抓医疗安全的薄弱环节，及时总结经验教训，进行典型教育。

第二节 中医和中西医结合工作

中医学是我国各族人民几千年来同疾病作斗争的经验总结。在漫长的发展过程中，形成了独具一格的理论体系，成为我国光辉灿烂的文化遗产的重要组成部分。我国历史悠久，中医药源远流长，历代医学家从不同角度总结了同疾病作斗争的经验，形成了各具特长的各种医学流派。我国又是一个多民族国家，民族地区医药学亦不断发展，各有特色，使祖国传统医药宝库更加绚丽多彩。解放后，国家制定了团结中西医，继承发扬祖国医药学遗产的正确方针，将“发展现代化医药和我国传统医药”的条文写进宪法。党和国家号召西医学习中医，中西医团结合作，共同研究和发扬祖国医学遗产。中医学是在我国特定历史条件下产生发展的，在长期闭关自守的封建社会中，未能同自然科学的发展紧密结合，有“经验医学”之称，当前急需用现代化科学技术整理研究，同时也需用传统方法将其精华在广泛的医疗实践中继承下去，保持发扬中医药特色，丰富发展中医学学术体系。

一、发展农村中医药事业的重要性

中医学在我国代代相传，久兴不衰，主要是发展中医药事业既符合民情，又符合国情。特别是在农村，广大农村居民更加喜爱中医药，中医药事业在农村有其广阔的发

展前景。目前农村卫生院的中医药人员有一定的优势，其比例较城市医院大，充分发挥卫生院中医药人员在农村卫生事业中的技术优势，调动其积极性，利用丰富的地产药材，广泛开展农村居民所喜爱的、行之有效，价廉、方便的中医治疗方法，如传统的方药、针灸、火罐、按摩、推拿、气功、割治以及耳针、头针、鼻针、穴位埋藏等，对保护八亿多农村居民的身心健康，巩固发展农村卫生院，建设具有中国特色的卫生事业，实现 2000 年人人享有卫生保健的全局策略都具有重要的意义。

二、卫生院中医药业务工作

1. 中医医疗管理 有条件的卫生院都应设中医科(组)、中药房(柜)，在门诊有中医诊疗室，在病房设中医病室或中西医结合病室，以满足群众治病需要和利于中医积累资料，总结临床经验。

中医诊疗室和中医病床应保持和突出中医特色，用中医理论去认识疾病，指导用药，保持发扬中医传统治疗方法。运用“四诊”诊查病情，抓住理、法、方、药四个环节进行辨证论治，使中医药理论体系在临床实践中得以充分施展。

2. 中医护理工作 卫生院管理中医病床的责任护士应努力学习中医护理知识和技能，如熟悉医疗中的饮食禁忌；了解中医调养形体和精神的要点；运用针灸、捏脊、推拿、按摩、拔火罐等技能对症处理病情；学会推行中医养生健身之法，促进病人康复；熟悉毒剧及常用中药的药性、用法、煎熬知识，指导病人服药。总之要尽可能地做到辨证施护，配合中医治疗。

3. 中药房管理 中心卫生院和有条件的卫生院应单独设中药房，负责中药保管、加工、划价、配方等工作，业务工作应由中药师(士)管理。技术性工作，特别是配方工作应由专业人员操作。要切实按炮制规范加工中药，有条件的卫生院还应开展丸散膏丹等传统中药制剂工作。要认真抓好采购、保管等工作。严禁采购、使用伪劣变质药材。搞好药材的保管，杜绝虫蛀、鼠咬、霉变，保证药品质量，毒剧药要有专人专柜保管，以确保用药安全可靠，贵重滋补药品应有领用制度。关于调剂业务管理，请参阅第六节中的《药剂工作管理》。

4. 中医药人员的培训提高 培养中医药人才是继续发扬祖国医药学遗产的重要措施，也是农村卫生院中医管理工作的重要内容。鉴于当前中医药后继乏术的状况较严重，必须采取有力的补救措施。目前较有效的办法有：

(1)组织中医药人员系统学习中医药经典著作，提高理论水平。

(2)继承名、老中医的临床经验：农村名、老中医各有特色，要继承他们的临床经验，鼓励他们传授经验，并帮助他们整理临床经验。要组织名、老中医会诊查房，开展疑难病病案讨论等。

(3)组织中医药人员参加中医函授教育和各类中医药专修班。重视培训急需的短缺的专业人才。

(4)鼓励中医药人员积极参加学术活动，开展学术交流。

三、中西医结合工作

中西医结合工作是在我国大力发展现代医学和传统医学的基础上产生的，是我国医学科学发展的一大特点。中西医结合的形式、途径是多种多样的，农村卫生院虽不具备科研条件，不能进行实验研究，但可根据临床工作需要，结合诊疗，从一病一症一方一药开始，取中西医两法之长，以提高疗效，为病人解除病痛。

第三节 门、急诊管理

一、门诊工作的重要性

门诊是卫生院和病人接触最早、人数最多的形式。绝大多数病人在门诊得到早期诊断，及时治疗；只有少数病情较重或疑难复杂之病人需住院治疗。因此，门诊工作对完成卫生院的社会职能具有重要意义。

绝大多数农村卫生院以门诊为主体。因此，门诊工作的优劣，是衡量一个卫生院治疗水平和管理水平的重要标志。它不仅关系到卫生院的工作质量和威信，而且也影响卫生院和群众的关系。所以加强门诊管理，提高门诊工作的质量，是卫生院管理的重要内容。

二、门诊工作的特点

农村卫生院门诊除具有县、市综合医院门诊的普遍规律外，尚有其不同于县、市医院的特殊性。主要有以下几个方面：①病人就诊程序简单；②门诊工作季节性强；③出诊任务多；④门诊秩序较混乱，不易维持；⑤门诊专科性弱、综合性强；⑥门诊医疗能力有限，只能提供部分服务。

三、门诊工作的任务

(1)负责当地直接来诊及由村卫生室转诊病人的门诊诊疗工作。对当日来诊病人，应及时、迅速、认真负责地给予诊疗。对病情不适应门诊处置的病人，要收其入院或转院治疗。

(2)承担各村卫生室(中心卫生院尚包括周围各乡卫生院)的会诊与技术指导工作，以提高他们的医疗技术水平。

(3)对急重病人要给予紧急处理，转院时要负责转送。

(4)负责出诊与访视工作。出诊病人多为急重或行动不便之病人。出诊工作应做到随叫随到，认真诊疗，热情服务。

(5)积极开展家庭病床工作。出诊工作不能完全代替家庭病床工作，但二者是相辅

相成的。

(6)采取不同形式开展卫生科普知识及初级卫生保健知识的宣传工作。对病人及其家属进行自我保健及家庭保健等常识的宣教。

(7)搞好门诊环境卫生，保持门诊正常工作秩序，防止院内交叉感染。发现传染病人，应按规定做好隔离消毒及疫情报告。

(8)积极承担预防保健任务，做好预防接种、妇幼保健、疾病普查普治、健康检查、医疗咨询、计划生育、优生优育指导等工作。

四、门诊规模与类型

1.门诊规模

门诊规模一般以月门诊人次为标准，而门诊量基数的确定来源于服务对象的多少。在确定门诊规模时应考虑服务范围人口数及本院医疗技术的现状。设病床的卫生院亦应考虑设病床的数量应与门诊人次保持一定比例。门诊科室的设置和人员的安排，则应根据平均日门诊人次决定。

2.门诊类型

(1)一般门诊、保健门诊和急诊：保健门诊是指对自觉健康的人进行的预防性身体检查，一般不单独设立；急诊是指病情急需及时处理的病人。其它皆属一般门诊。

(2)初诊和复诊：一般把第一次来门诊就诊视为初诊，再次为复诊。确切的初、复诊应以第一疾病就诊次数为依据。

(3)当日门诊和预约门诊：当日门诊按次序挂号，预约门诊是就诊前一日或数日预约挂号，可以避免挂号时排长队。门诊量较大的医院可以试行预约。

(4)一般门诊与专科(专业、专病)门诊：可根据本院专科特长及传染病流行情况，设立专科(专业、专病)门诊。

五、门诊组织

门诊是由临床和医技科室所组成的综合体。门诊管理体制可按下述三种类型设立。

(1)由各业务组负责人分别领导门诊相应科室工作，门诊病房形成一条龙，即所谓“条条领导”。这种类型有利于调动各组积极性，但不利于门诊各科室间的协调。

(2)门诊设立负责人，全面负责门诊的工作，由各业务组轮流派出人员到门诊工作并完全由门诊负责人管理。即所谓“块块领导”。这种类型有利于门诊各科室的协调及全面管理。但不利于门诊与住院间的协调。

(3)门诊负责人统一组织、管理门诊医疗活动，各组承担业务领导，即所谓“条块结合”。这种类型解决了上述两种方式的不足。但增加了领导层次。

各卫生院应根据规模大小，人员多少，有无病床等实际情况，决定采取何种体制。

六、门诊业务管理

门诊业务管理，必须以能治病、治好病为出发点，结合门诊工作特点来考虑。

1. 门诊工作的基本要求

(1)早期确诊与妥当处理：门诊医疗质量的高低，主要看能否早期确诊，及时妥当处理，从而取得较好的医疗效果。为此，必须合理组织门诊医疗工作，加强门诊技术力量配备，充分利用现有设备与医疗条件，提高门诊医疗质量。

(2)简化门诊工作程序，保持良好的就诊秩序：所谓简化工作程序，并非取消应有的程序内容，而是减少工序，能一次完成的，不分两次去做。用工作人员的劳动去减少病人的周转。一切在门诊的非医疗程序，如挂号、划价、收款及辅助检查，应尽量简化手续，方便病人。

(3)创造良好的就诊环境：门诊环境要宽敞、明亮、整洁、肃静，通风良好、温度适宜。开诊前要搞好卫生，有必备的卫生设施。门诊入口处或门诊大厅应设有门诊布局示意图，挂号室应设有询问处。科室应有明显标志。候诊室或走廊应设有候诊座椅。

(4)提供优质服务：门诊是医院对外服务的文明窗口，门诊工作人员必须有良好的医德医风，不断改善服务态度，提高服务质量。

(5)要根据病人就诊密度和规律，合理地调配医务人员，特别是临床医生。在病人较多或就诊高峰时，应临时增派人员。

(6)要建立岗位责任制和有关规章制度。门诊主要工作制度有：门诊工作制度；出诊制度；急诊与抢救制度；会诊、转诊、转院制度；消毒隔离制度；疫情报告制度及注射室、处置室、各医技科室的工作制度等。

2. 门诊就诊程序

(1)分诊：规模较大的卫生院应有专人分诊，可由有经验的老护士担任。分诊可避免病人挂号选科不当而浪费时间，还可以早发现患有传染性疾病的人，以便及早进行隔离。同时进行卫生宣传，维护门诊秩序。

(2)挂号：为保持门诊秩序和进行必要的记录，病人就诊前必须挂号和建立病历。挂号手续要简化而快速。

(3)候诊：挂号后病人分别到各科候诊室或走廊候诊。要杜绝病人围诊现象。

(4)就诊：病人应按序进入诊室，由医生询问病人，查体和给予诊断、治疗。医生要详细记录病历，必要时请其它医技科室协助诊疗。

(5)医技科室的检查与治疗：化验室、放射线室、超声波、心电图诊断室、理疗室、药房等，应配合临床科室进行诊断或治疗。应及时写出报告。较为复杂的处置，预约时应对病人讲清注意事项。

(6)划价、收款、取药、治疗：应简化手续，缩短病人往返距离。这一过程往往与上一过程交叉，工作人员应多作解释说明。

(7)离院、留院观察或住院：诊治完毕后多数病人带药回家；有的需要住院或留院观察。病人再次复诊，如序进行。

3. 门诊质量评价 门诊质量主要表现在诊断的正确性和治疗效果上，如三次门诊确诊率、门诊与出院诊断符合率、疑诊率、复诊率以及确诊、治疗时间、费用等。但因各卫生院条件不同，以及资料获得与处理不够准确，故统计较困难，尚未广为应用。目前，门诊质量的评估，主要依靠门诊日志的填写、门诊病历的书写、门诊与出院诊断符

合率、转院率、危重病人抢救成功率及医技科室诊断指标。

4.门诊管理工作的考核 对门诊管理工作的考核，应围绕门诊工作的任务，从医护质量、服务态度、医疗作风、工作效率、门诊秩序、卫生状况、科室协调、执行规章制度等方面的情况，进行综合评价。但主要看医护质量和工作效率。考核应以平时检验为主，结合定期(月、季、半年、年)考评来进行。

七、急诊的概念和任务

1.急诊的概念和特点

(1)概念：急诊是对急重性病伤患者进行紧急诊疗的形式。亦即由于物理的、化学的、机械的、微生物的等各种原因，而引起的急性病的患者，应按急诊接待。

急诊工作包含急诊与急救两个含意。所谓急诊，是指对不影响生命、病情紧急的病人，要及时治疗和处置；所谓急救，是指在六小时内危及生命的患者，应立即组织人力、物力，按抢救程序进行抢救。在急诊工作中，要把二者区分开来，以利于明确急诊工作的重点。

(2)卫生院急诊工作特点：一是要突出“急”字；二是要注意时间性与季节性，例如农药中毒与机械外伤等，三是急诊工作需要全员共同协作。大多数卫生院不能单独设立急诊科室，没有专职的急诊工作人员。所以，急诊工作是各科室的共同任务。医护人员要熟悉急诊业务，一专多能，并要各科室协调一致。由于技术、设备、条件的限制，对急、难患者应随时做好上送或请上级医疗单位的人员前来参加抢救的准备。

(3)卫生院急诊工作范围：凡病人由于疾病突然发作，突然外伤受害及异物侵入体内、身体处于危险状态或非常痛苦的状态时，卫生院均须进行急诊抢救。卫生部规定下列现象属急诊工作范围：①急性外伤：脑外伤、骨折、脱臼、撕裂伤、烧伤等。②突然的急性腹痛。③突发高热。④突然出血、呕咯血，有内出血象征、流产、小儿腹泻、严重脱水、休克者。⑤有抽搐症状或昏迷不醒者。⑥耳道、鼻道、咽部、眼内、气管、支气管及食道中有异物者。⑦眼睛急性痛疼，红肿或急性视力障碍。⑧颜面青紫、呼吸困难者。⑨中毒、服毒、刎颈、自缢、淹溺、触电者。⑩急性尿闭者。⑪发病突然、症状剧烈、发病后迅速恶化者。⑫烈性传染病可疑者。⑬急性过敏性疾病。⑭其它经医生认为合乎急诊抢救条件者。

以上规定，不可机械执行，以免贻误病情。卫生院的急诊工作范围应扩大，应灵活掌握，对远路病人，小儿患者及各种急性疼痛、发热病人应放宽急诊条件。

2.农村卫生院在三级急救网中的作用和地位。

(1)农村三级急救网的组成：急救医疗突出的是“急”字，原则上应就地抢救，在必须转送上级医院时，应在病情允许的情况下转送或请上级主管医疗单位协助抢救。因此，各级医疗单位的急救医疗工作联络成网，实属必要。农村应根据现有人力、物力的实际情况，逐步建立和完善县、乡、村三级急救网，明确三级急救网的工作范围和联络方式，使农村急救医疗工作提高到一个新的水平。

县医院是全县的医疗急救中心，即全县的三级急救医院。凡是乡卫生院在急救中遇到的难以解决的问题，县医院都要给予帮助、指导，经联络后迅速派人前往协助，就地

抢救或接回县医院抢救。

农村卫生院是全县的二级急救医院，要分担县医疗急救中心的任务。对村卫生室转诊及直接来诊的急诊病人，应作好初期急救与处置，做出诊断，并根据病情决定是就地抢救或转院治疗。

村卫生室是一级急救点，对需急救的病人在转送之前或二、三级急救医院人员未到现场之前，应及时正确地采取力所能及的急救措施。

(2)农村卫生院在三级急救网中的地位：农村卫生院是在农村急救网中的中间环节，是连接一、三级急救组织的纽带；在急救医疗中起着重要的作用。加强卫生院的急诊、急救工作，对于巩固与完善三级急救网有着重要意义。

卫生院所接受的急救病人，多数在发病最初的几小时内，如急救得法，对于挽救病人的生命，具有关键性的意义。这也决定了农村卫生院在农村三级急救网中的地位。

(3)农村卫生院在急救工作中的任务：①负责对急、危、重症病人的急救医疗，其中包括院内及院外两部分。特别是院外的现场急救。②负责转送病人及邀请上级医院医务人员来院会诊、抢救。③负责对乡村医生、卫生员、接生员的急救业务培训。

八、急诊医疗管理

1.急诊医疗管理的意义、任务 加强急诊医疗管理，可以促进卫生院急诊业务的开展，急诊、急救技术水平的提高，使急诊医疗工作更好地为抢救危重病人服务。

卫生院急诊医疗管理的主要任务是，建立健全急诊、急救医疗组织，制订急诊急救职责制度和技术操作常规，检查急诊急救医疗质量、服务态度和抢救工作效率，进行急救人才的业务培训。

2.对急诊工作的基本要求

(1)突出“急”字：对急诊病人，特别是急救病人要争分夺秒，要有“时间就是生命”的观念；对危重病人要做到全院动员，科室间协调一致，做到统一指挥、统一行动、统一调度。

(2)要有健全的急救组织：卫生院要建立以院长为首的包括各科医务骨干和各医技科室骨干人员组成的急救小组；有明确的职责分工和联络方式，急救组织成员要做到随唤随到，能在最短时间内投入抢救。

(3)急诊、急救是“应急”性任务，必须有专人管理，保证随时都能投入抢救。抢救用的一切药品器材、设备都应处于准备良好的状态。

(4)对医护人员的要求：参加急诊工作的医护人员必须有高度的责任心，有一定的急诊急救工作能力。因卫生院人员较少，没有专门的急诊工作人员，因此要进行全员培训，加强基本功训练，以期达到能全部掌握急诊、急救基本知识 with 基本操作技能的能力。

从事急救的医护人员，必须熟练掌握抢救药品、医疗器械、抢救仪器设备的性能、使用方法、操作技术、放置位置，能分析、判断有关物理、生化监测数据，能掌握基本的医疗急救知识和抢救技术，医生要对急危重病人及时作出诊断，提出抢救措施及必要的理化检查项目，并能进行指挥与操作。护士要熟悉对急诊、急救病人的处置及技术操

作。

医护人员均应掌握：1 生命六征(血压、脉搏、呼吸、体温、瞳孔、意识)的监测及其分析、判断；2 动、静脉采血、头皮针、各种穿刺、静脉切开、输血、输液等技术；3 各种导管、插管，如气管导管、胃管导管、尿管、肛管等；4 人工呼吸、氧气吸入的应用方法及适应症；5 心肺、脑复苏术；6 心内注射的方法、药品、适应症；7 洗胃、灌肠技术；8 水电解质、酸碱平衡紊乱的分析、判断与纠正；9 有关药物的配伍与禁忌；10 熟悉常见急、危、重症的诊疗常规及抢救程序。

3.急诊(急救)室管理要求

(1) 急诊、急救室设置要求：应根据卫生院规模大小(人员、床位、房舍条件、日门诊量、技术水平等)设置。不能单设急诊、急救室的应设急救柜。装备必要的抢救药品及器材，利用观察床抢救危重病人；或者直接送进病房的抢救室抢救。

急诊(急救)室是专门进行急诊抢救的房间，应位于有利于医护观察、监视、处置、便于患者搬运之处，房舍应有足够的使用面积，急救室内可设置一两张急救床。床应置平板软垫，床四周至少有一半空地。

(2) 急诊、急救室设备、药品要求：急诊急救室应根据实际情况装备必要的抢救设备，如输液、输血器材、简易洗胃器材、氧气吸入及吸痰装置、各种急救器械包(如气管切开包、静脉切开包、缝合包、穿刺包、导尿包、胃肠减压包等)。有条件的卫生院和中心卫生院，应适当装备洗胃机、心电图机、心脏起搏器、除颤器、同步或非同步呼吸机、电动吸引器等。

急诊、急救室应设有抢救药柜，柜内应常备必要的抢救药品，如抗休克药、止血药、强心药、激素类、镇静止痛药、抗心律失常药、降压药、新三联针、四联针、利尿、脱水剂、止喘药、各种补液用药、碱性液、各类解毒药品等。

除此之外，急救室内应有电源、照明、消毒、调温、上下水道等设备，墙壁和地面应光洁，以便清洗。

急诊、急救室内所有备品应实行“四定”，即定位置、定数量、定管理人员、定期检查、消毒与维修。每天交接班时，应进行严格检查与核对。每次急救结束后，要进行清洁、消毒、补充和检修，为下次急救做好准备，以保持急诊、急救室始终处于良好的备用状态。

(3) 急诊、急救工作质量管理：① 急诊抢救工作时间要求。急诊、急救室的工作人员应有“时间就是生命”的观念。医务人员的接诊时间、抢救开始的时间、确诊时间、病情开始稳定时间等，应有严格、准确、认真的记载。时间长短是评价急诊工作效率、医护质量和管理水平的重要标志之一，也是对医务人员业务能力的实际考核。② 危重病人抢救成功率，是评价卫生院技术水平和管理水平的一项主要综合性指标。可根据本地区各类卫生院技术水平，分别拟定抢救成功指标。③ 危重病人诊断符合率。医生应对危重病人迅速做出较明确的诊断，果断采取相应措施。危重病人诊断符合率是衡量医生急诊诊断水平的重要标志之一。④ 急诊用医疗器械、药品，应按要求装备并应保证性能良好，注意药品不得过期失效。⑤ 医疗文书书写要求。各种抢救工作记录、表格、病历的书写要求完整、及时、真实、准确。抢救过程应详细记录，特别是对涉及法律纠纷的病例，更应慎重。⑥ 抢救工作组织应健全严密。抢救工作应井然有序地进行，真正做到人员在

岗、各尽其责、密切配合、忙而不乱、有条不紊。7 应有严格的急诊工作制度、常见的抢救常规及抢救程序。8 应无医疗事故发生，积极防止医疗差错出现。

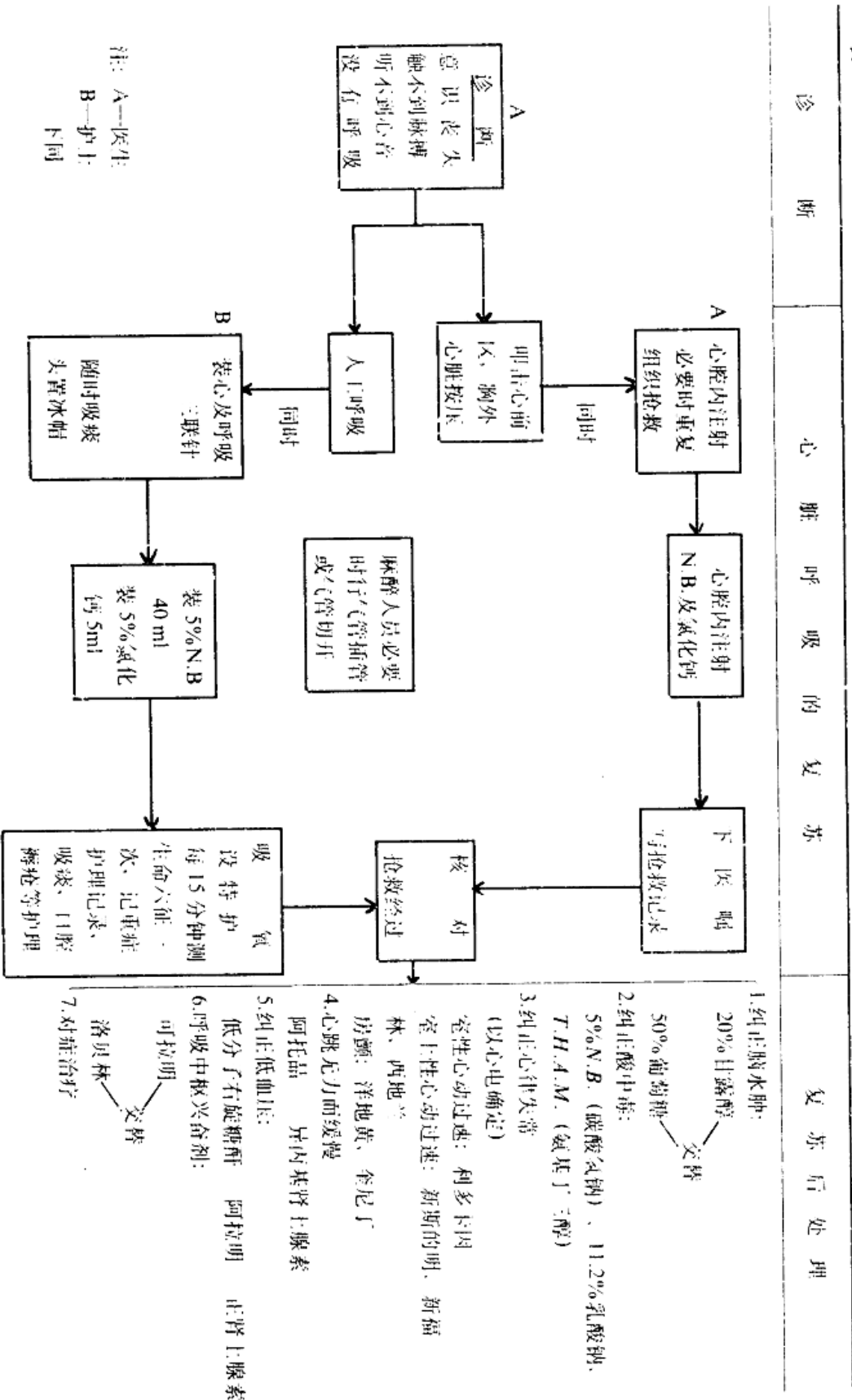
4.急诊工作制度 为保证急诊工作进行，提高抢救成功率，降低死亡率，除实行一般的诊疗制度外，还必须有健全的急诊急救制度加以保障。主要的急诊工作制度有：急诊与急救工作制度；急诊、急救室工作制度；急诊护理制度；急诊病历书写制度；急诊查房、会诊制度；急诊值班与交接班制度；急诊救护车使用制度等。

5.主要抢救程序 各卫生院均应制定常见危、急、重病症的抢救程序(请参考表 3—1 至 3—6)，并使医务人员熟练掌握之。

- (1)呼吸、心跳骤停的抢救程序。
- (2)急性心衰的抢救程序。
- (3)急性呼吸衰竭的抢救程序。
- (4)急性肝、肾衰竭的抢救程序。
- (5)昏迷、惊厥、抽搐的抢救程序。
- (6)某些危象的抢救程序。
- (7)心肌梗塞的抢救程序。
- (8)各种休克的抢救程序。
- (9)急性致命心律失常的抢救程序。
- (10)急性消化道大出血、大咯血、其它严重内脏出血的抢救程序。
- (11)急性颅内高压的抢救程序。
- (12)水电解质紊乱及酸碱平衡失调的抢救程序。
- (13)中暑、电击、淹溺、工伤等意外的抢救程序。
- (14)急性中毒的抢救程序。

表 3-1

心跳骤停的抢救程序



注：A—医生
B—护士
下同

(食入性)中毒的抢救程序

表 3-2

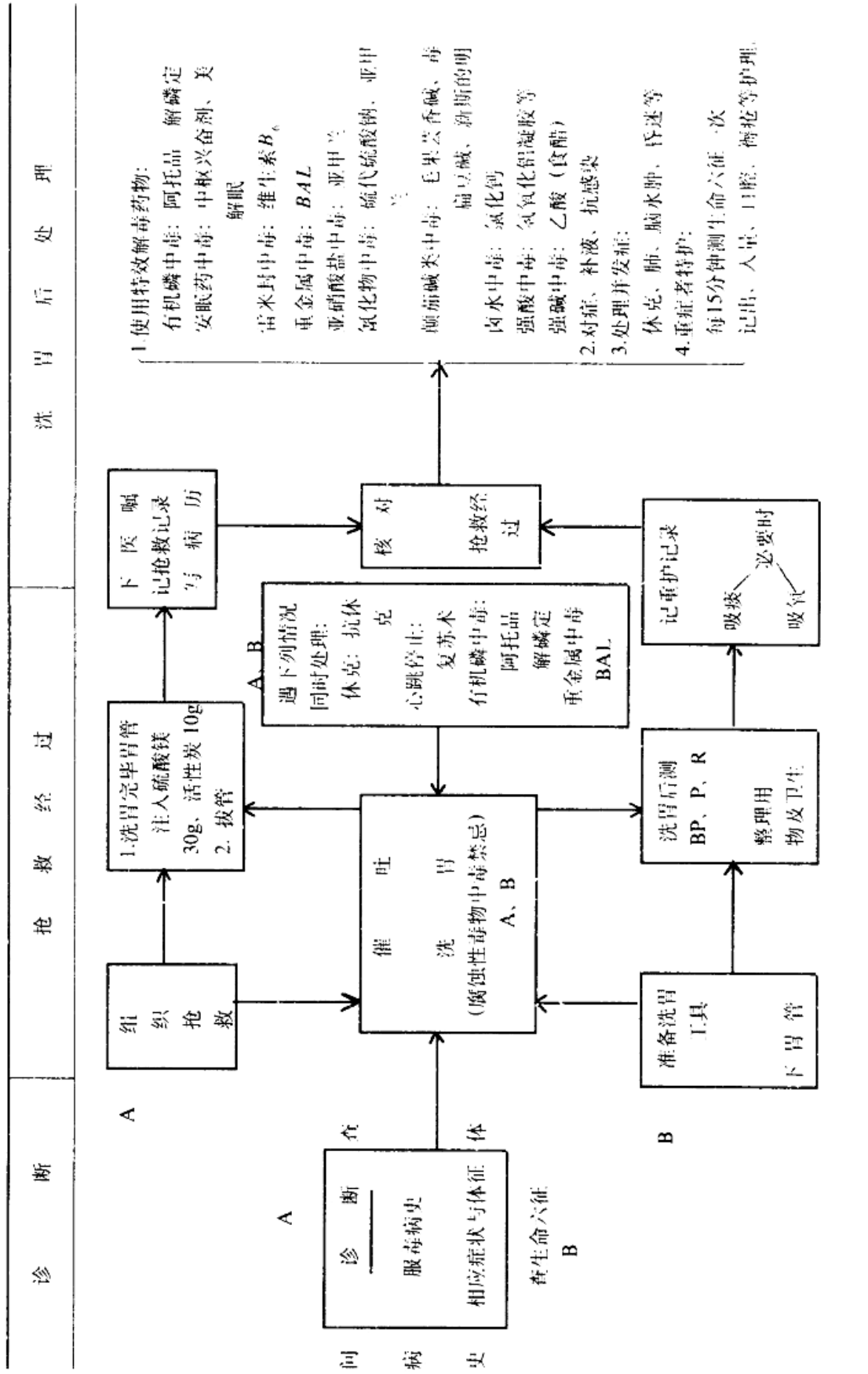
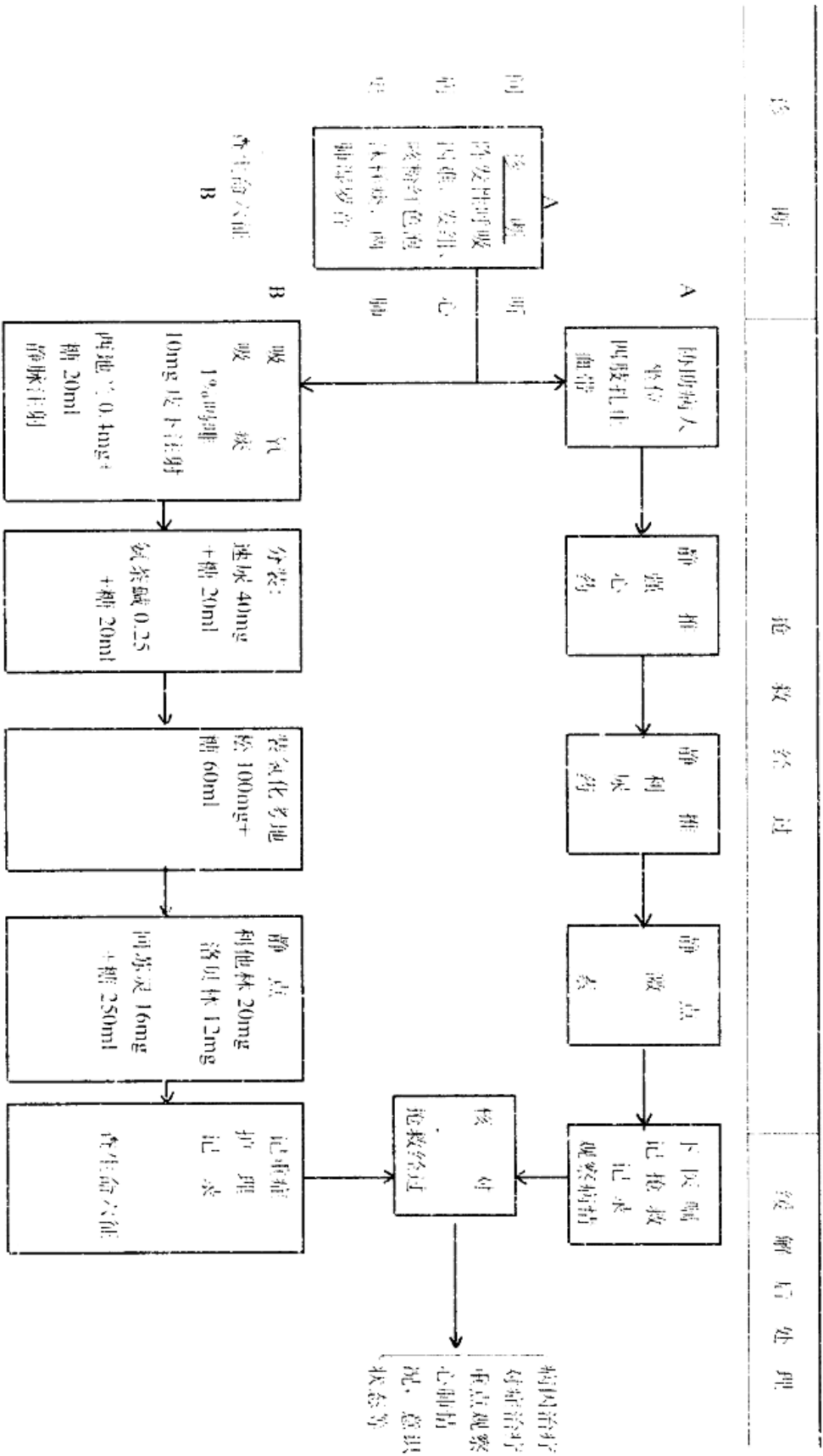


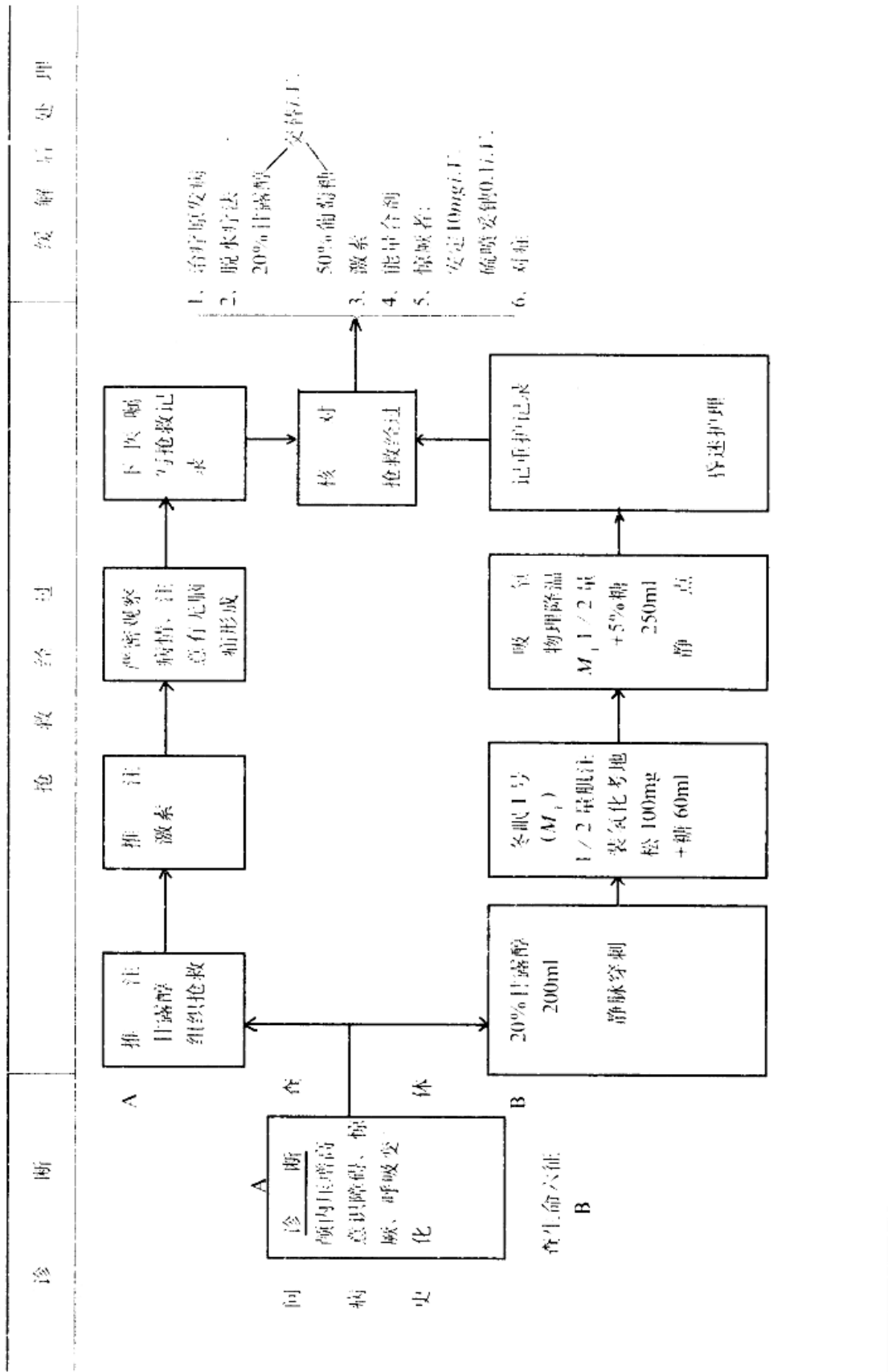
表 3-3

急性肺水肿的抢救程序



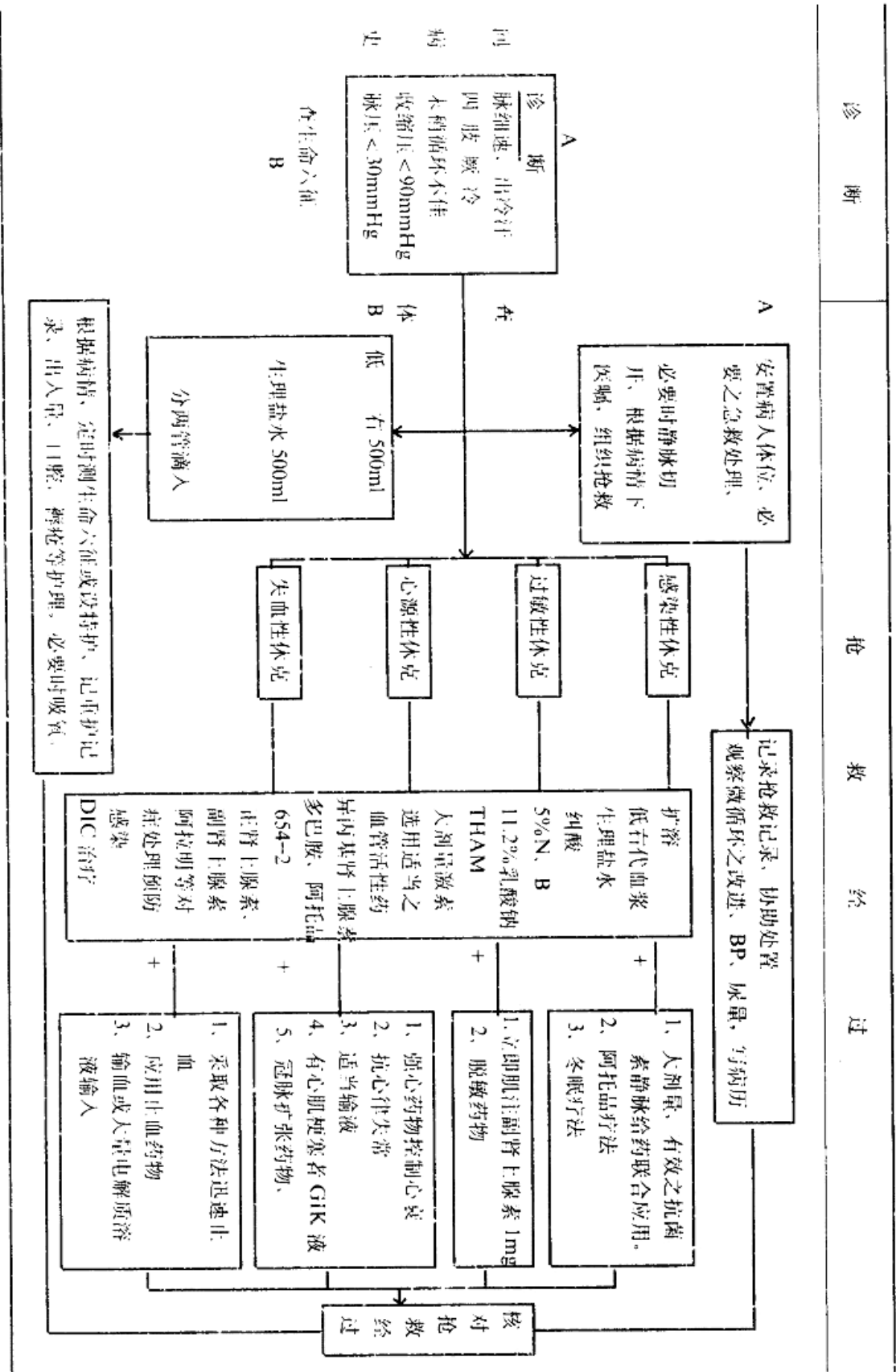
急性脑水肿的抢救程序

表 3-4



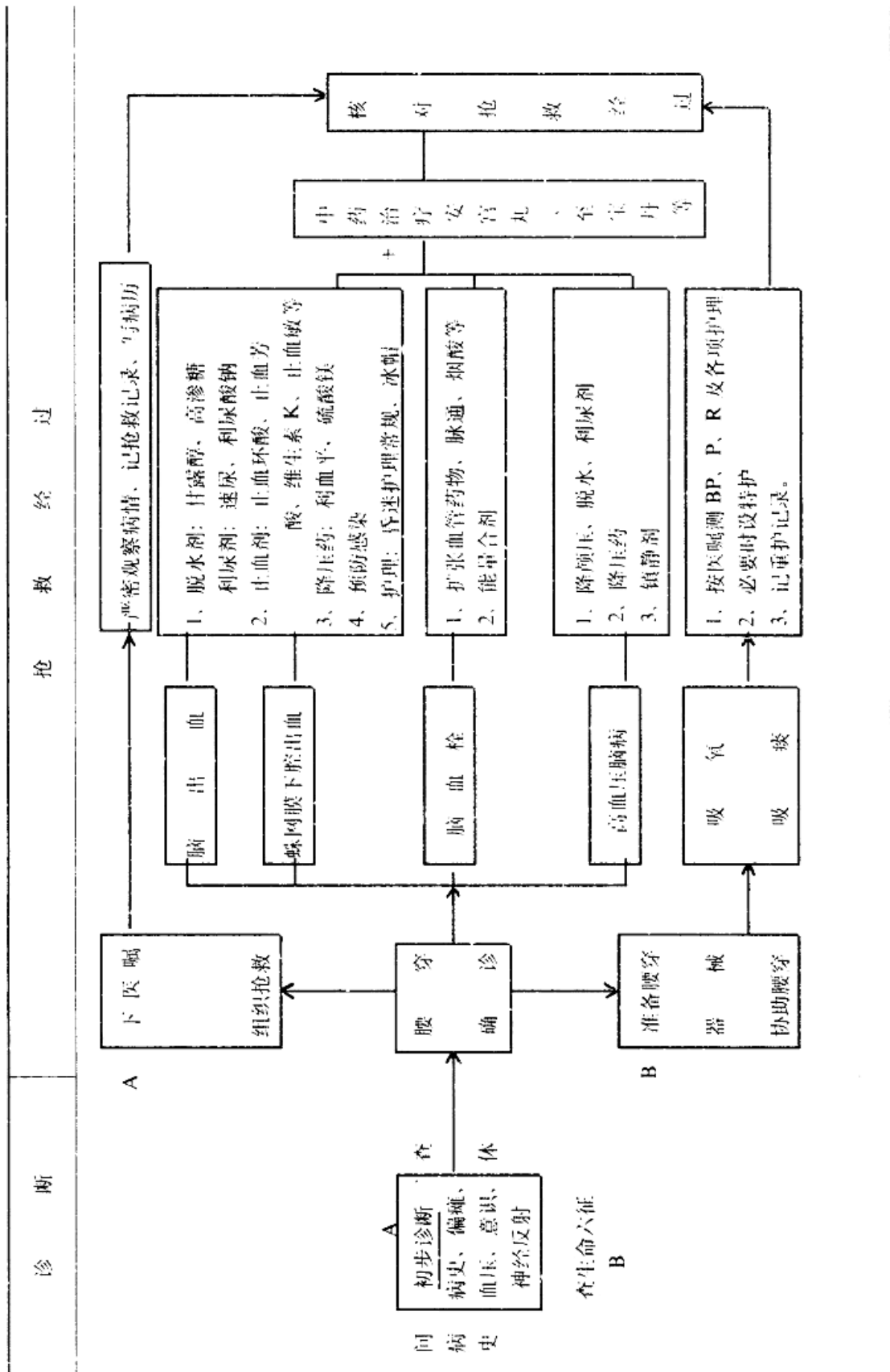
休克抢救程序

表 3-5



脑血管意外的抢救程序

表 3-6



第四节 病房管理

一、病房管理工作任务和工作特点

1.病房管理工作任务 农村卫生院病房是住院病人诊疗和休养的场所。病房医务人员必须为病人做好医疗服务和生活服务,努力提高医疗工作效率和医疗质量,促进病人病情好转或痊愈。因此,病房管理工作应完成如下基本任务:

- (1)应为住院病人创造一个有利于解除疾病痛苦,促进健康恢复的治疗环境。
- (2)应为医务人员安排好进行医疗活动的便利条件。
- (3)有条件的中心卫生院应为实习或进修人员提供一定的实践场地。

2.病房管理工作特点 农村卫生院的病房工作,除具有一般医院病房工作的共同特点外,还有其自身的工作特点:

(1)住院病人时多时少,病床时空时满。病床使用率在不同时间差别较大,当季节性多发病高峰时,就诊病人密度上升,需要住院的病人比例增高,往往要加床解决病人住院问题。

(2)急性病人多,病床周转率快。一般农村病人都是患急性病(或慢性病急性发作)住院的多,住院时间较短,病情有了好转就要求出院。因此,病床周转率快。

(3)除少数中心卫生院病房分科外,一般不分科,都是综合性病房,病房内收治各科病人。因此,在病房工作的医务人员要懂得多科专业知识,掌握多科诊疗技术和操作技能。

(4)陪护多,探视频。农村卫生院住院病人多数是本地群众,住院后,亲友邻居都要前来探视,对病情较重者还要多次探望,所以病房内探视者出入频繁。再者,病人受经济条件限制,卫生院饮食不善,护理人员缺乏,往往要求家属陪护病人,造成病房的陪护率高。

(5)交叉感染和污染机会多。由于农村卫生条件差,卫生习惯不佳,卫生院又普遍缺乏卫生设施,消毒隔离也不严格,污物污水没有经过无害化处理,所以交叉感染和污染机会多。

(6)病房管理范围广。卫生院病房不仅对病人的诊疗、生活、思想等要管理,而且对病人的陪护人员、探视亲友也要管理。对牵扯到社会、法律的伤病问题,也要会同有关单位处理。病房工作和门诊、行政、后勤、医技科室等卫生院各部门都有直接的工作联系。所以卫生院的病房管理要注意和各方面协调好工作关系,密切配合。

二、病房医疗工作的基本内容和要求

1.病房的医疗工作程序 病房的医疗工作程序如图 3—7 所示:

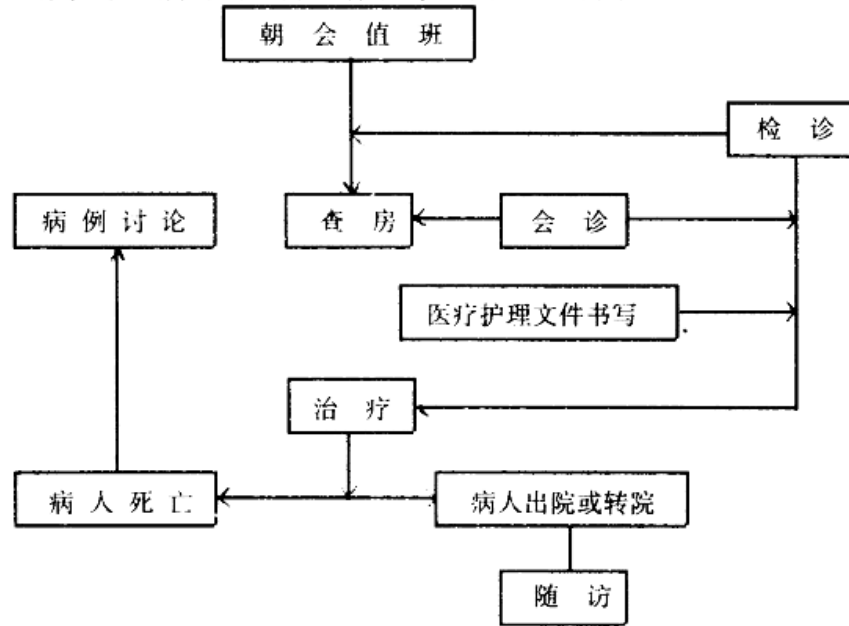


图 3—1 病房医疗工作程序示意图

2.检诊 检诊是病房医护人员对新入院病人进行初步的诊察工作。经过检诊(或印象诊断), 制定出治疗方案, 给予必要的处理。检诊工作要及时、认真、准确。

(1)检诊工作程序: ①病人办好入院手续到病房后, 值班护士要热情接待, 视病情轻重程度及门诊医生的初步诊断意见, 迅速安排好病床, 简单询问病情, 进行体温、脉搏、血压、体重等一般检查, 填好病历牌, 挂床头牌。同时向病人及陪护者介绍住院规则, 病房生活制度和病房环境等有关事项。随后抓紧时间通知经治医生接诊。如是危重病人, 接到入院通知书后, 应立即通知经治医生做紧急处置。②经治医生接到病人入院通知书后, 结合护士的检查和门诊医生的诊断意见, 进行认真、详细、全面、系统的检查, 做出初步诊断。提出护理级别, 膳食种类和治疗方案。根据病情的需要填写必要的理化检查申请单。如病人病情危重或为疑难病例, 应立即报告上级医生(或病房负责医生), 并会同上级医生(或病房负责医生)检诊。③经检诊如疑为急性传染病时, 应送传染病房(或单独病房), 及时采取隔离措施。对已污染用具设备应立即进行消毒。④在正常工作时间外入院的病人, 应由值班医护人员按检诊要求, 认真完成上述全部工作, 经治医生上班后要认真交班。

(2)检诊要求: ①采集病史。包括主诉, 现病史、个人生活史、既往史、家族史、女病人的月经婚姻史等。采集确切的病史资料是做出正确诊断和进行治疗的基础。因此, 切忌主观片面, 要重点突出, 准确、可靠、层次分明。经治医生要亲自采集病史, 上级医生(或负责医生)应做必要的审查、核对和补充。②体格检查。在采集病史的基础上,

进行系统地全面地体格检查，包括视、触、叩、听等。体格检查能为诊断索取重要的客观体征资料，体格检查时，要按一定顺序进行。并要以亲切温和的态度进行细致准确的检查，尽量减少病人痛苦。对可疑体征不应轻易放过，易变性体征要反复检查确定，必要时请上级医生(或负责医生)复查确定。③理化检查。为了进一步明确诊断，应进行必要的理化检查及特殊项目检查。但检查必须有针对性和计划性，尤其特殊检查更应慎重，以免给病人带来不必要的痛苦和经济负担。一切检查方法都具有相对的意义和价值，绝不可孤立、静止地单凭某项检查结果而肯定或否定诊断。一个正确的诊断，应是对病史、体检和理化检查进行全面地综合地分析判断的结果。

(3)检诊的要求：①对危重、急诊病人的诊断应分秒必争，诊断不清时应及时请示上级医生(或负责医生)会诊。同时应一面抢救病人，一面研究，防止把病人丢在一边而作冗长的讨论，延误抢救时机。②对疑难病例要尽快举行会诊、病例讨论，查阅文献资料，反复分析研究明确诊断。③对同时患有几种疾病的病人，在检诊中要分清主次，既要重视主要疾病，也不要忽视其它疾病，要从病人的全身情况考虑诊断与治疗问题。

3.查房 查房是病房最基本、最重要、最经常的医疗活动。通过查房，观察病情变化和诊疗效果，进一步明确诊断，验证治疗方案，检查医护人员的工作质量，及时发现和纠正存在的问题。查房是提高医疗护理质量的重要环节，必须作为一项基本医疗制度，严格地科学地执行。

(1)查房的基本要求：各级查房应按时进行。上级医生(或负责医生)查房，经治医生要事先提出要求查房的重点病例，做好病历和有关资料的准备，亲自报告病历。查房时要严肃认真，必须重视病人的主诉和体征，认真进行详细检查，了解病人的诊断治疗全过程。既要重视病人病情变化，也不能忽视病人思想动态。切忌主观性，片面性。对病人要热情亲切，避免有碍病人的语言和行为。查房所见，上级医生(或负责医生)的意见，诊断治疗的变化，经治医生都要做好病程记录，做到及时治疗处置。

(2)查房的方式：①晨间查房。住院医师每天要对分管病人进行晨间查房一次。上级医生(或负责医生)要定期对病房新入院病人、危重病人及诊断不明确，治疗效果不佳的病人进行查房，一般每周不少于2次。院长也要定期进行业务和行政查房。护士晨间查房可和医生同时进行，但护士长要组织护士每周进行一次护理查房，检查基础护理和各种护理技术质量。②午后查房。主要是经治医生对自己分管的病人进行重点巡视。观察危重、疑难、发烧、待查、新入院和手术后病人的病情变化。检查当天医嘱执行情况及疗效，同时做好向夜班医生交待危重病人需要观察治疗的准备。③夜间查房。夜间查房是对一般病人的夜间巡视和对危重病人所进行的连续诊查工作。遇有病情变化，应立即采取措施。如遇有困难应请上级医生(或负责医生)共同会诊，研究处理。同时对夜间所进行的诊疗工作要做好交班工作。④急、重、危病人查房。对急、重、危病人的查房可根据病情需要，每日进行数次，随时发现病情变化，及时采取有效措施，给以适当处理。

4.会诊 会诊是为了解决疑难、重危病症的诊断和治疗，是临床医疗工作的重要方法。通过会诊能够集思广益，及早确定诊断，制定有效的治疗方案，同时可以锻炼提高各级卫生技术人员的业务能力。

(1)会诊形式：①急诊会诊。凡病人有紧急病情变化需要会诊时，由经治医生申请紧

急会诊，并在申请单上注明“急”字，特别紧急可用口头邀请。应邀医生应随请随到，因特殊情况不能前往时，也要派相应医生前往。会诊时申请医生必须在场，配合急诊会诊抢救工作。②病房内会诊。对本病房内较疑难病例，可由经治医生提出，主治医生(或负责医生)召集本病房内有关医生参加会诊讨论。由经治医生(或负责医生)报告病历并分析诊断治疗意见，其他参加会诊人员进行广泛讨论，进一步明确诊断治疗意见。③全院会诊。疑难病例需要全院会诊时，由病房主治医生(或负责医生)提出，经院长同意，邀请有关人员参加。一般由病房主治医生(或负责医生)主持，院长参加，经治医生报告病历并做好会诊记录，认真执行确定的治疗方案。④院外会诊。如遇本院不能解决的疑难病例，可邀请院外会诊，由病房主治医生(或负责医生)提出申请，经院长同意，并与有关医院进行联系，确定会诊时间及需要解决的疑难问题。会诊时由申请者主持，院长参加，经治医生报告病历及做好记录。院外会诊也可采用电话会诊、寄病历资料进行书面会诊等多种形式。

(2)会诊注意事项:①要严格掌握会诊指征，明确会诊目的。防止应当会诊而不及时进行，也要避免不经过必要的检查和充分研究，轻易邀请会诊。②要注意提高会诊质量。参加会诊单位，要认真指派有经验的医生参加。会诊人员要认真听取病历介绍，细致检查病人，全面分析，认真讨论，发表意见要有根据。会诊中如遇有意见分歧时，一方面应再作研究，另一方面病房申请医生要尊重会诊意见，并要发挥独立思考能力，制定暂时诊治方案，在实施中逐步修改完善。③会诊时要做好记录，综合整理后，放入病历内保存。

5.治疗 在明确诊断的基础上，进行合理有效的治疗，争取尽快达到控制和治愈疾病，减少合并症和后遗症，解除病人疾苦的目的。

施行治疗必须根据病情需要，制定出长期的或临时的治疗计划。在治疗过程中必须根据病情变化和发展不断修改和完善治疗方案。

病房对病人采取各种治疗时，都以医嘱的形式实施。医嘱是医疗指令，已形成一种医疗制度，必须严格执行。

(1)医嘱种类:①长期医嘱。实施的治疗方法需要连续进行的为长期医嘱。制定长期医嘱要严格掌握病情，并根据病情变化及治疗效果适时调整。长期医嘱不宜过多，要抓住重点。②临时医嘱。临时医嘱是根据病情变化而采取的临时治疗方法。临时医嘱要求时间性强，要及时执行。经治医生要随时观察实行临时治疗后的反应。③备用医嘱。备用医嘱多用于夜间临时需要，或出现某种特殊情况时应用。备用医嘱要有特殊标志，并做好班际交接。④口头医嘱。在紧急抢救或手术中急需而采用口头方式下达的医嘱。一般情况下不得下达口头医嘱。执行者在执行前要背诵一遍，并须经另一人核对药物后再执行，并记录之。事后医师要及时补记，以防错漏。

(2)执行医嘱的要求:①医嘱是关系到病人生命安危的大事。不论下达医嘱或执行医嘱，都要十分严肃认真，一丝不苟。医生下达医嘱后要复核一遍，护士执行医嘱时要认真查对，严格遵循技术操作规程。技术不熟练的学员，应有上级医生在场指导，以确保安全可靠。②一般的治疗、处置、手术、理化检查等，都要填写医嘱。下达医嘱要层次分明，内容清楚，字迹整洁。转抄和整理时必须准确。下达的医嘱一般不得涂改，如须撤消时，应用红笔填写“取消”字样，并签名以示负责。③查房后应尽早下达医嘱(一般在

上班后二小时内开出),以便护士尽早做好准备,予以实施。1对长期医嘱,要经常检查疗效、用药总量、有无反应及副作用等,并应适时撤消或更改。5开写医嘱时要按医嘱制度及医嘱规定项目,认真填写。如姓名、床号、住院号、药名、剂量、用法、时间等。执行者发现不清楚时要及时查问。6对病人的各种治疗方法,由于技术要求不同,执行者要有明确分工,如给药、注射、穿刺、导尿、封闭等,哪些由护士执行,哪些由医生和护士共同执行。

(3)治疗工作中应注意加强的几个问题:1危重病人的抢救与治疗,是病房工作重点。一般抢救工作要由主治医生(或负责医生)组织,重大抢救应由院长组织。有条件的病房应设有重症抢救室,配备好各种急救器材和药品。医护人员平时要练好基本功,并能熟练掌握各种抢救设备的使用、保管、维修和简易故障的排除。能熟练掌握危重病人抢救的基础理论、基本知识和基本技能。做好病情变化、治疗用药等各种记录。抢救结束应总结经验,吸取教训。2把好手术关。把好手术关,必须建立严格的手术审批制度,对新开展的手术和重大手术要报院领导批准,并需要在术前认真讨论,做好术前准备。严格掌握手术适应症。3饮食是属于治疗的一个组成部分,要注意告诉病人的饮食宜忌,从营养角度出发,配合治疗。

6.病历书写

(1)病历书写要求:1书写病历要真实、准确、及时、完整、清晰、整洁。病历要有详细的病史、客观检查、鉴别诊断、综合分析、连续诊治经过的记录,理化检查结果,签名及记录时间。2病历应于入院后24小时内完成。实习、进修医生书写的病历,指导医生应负责审核修改,修改过多时应重新抄写。3病程记录是住院病人在整个诊治过程中的详细记录。应包括:病情变化、检查所见、治疗经过和疗效、手术过程及术后情况、上级医生对病情的分析及治疗意见,会诊讨论记录,各种重要检查处置经过及检查结果的记录。一般2~3天记录1次,危重病人和病情骤然变化的病人应随时记录。慢性病人最少每周记录1次,每月写1次阶段小结。4出、转院病历应于病人出、转院前完成。内容包括:出、转院小结,病历摘要,各项检查要点,治疗经过,出、转院时情况及今后建议。完整准确地填写病历首页,主治医生(或负责医生)审查签字后,送病案统计室归档保存。不合要求的病历应及时返回并限期补充修改后再入档保管。5死亡病历当日完成。除写好病历摘要和治疗经过外,还应记载抢救措施,死亡时间,死亡原因。由经治医生填写,上级医生(或负责医生)审查签名后送病案统计室。

(2)病历的质量检查:1上级医生(或负责医生)要结合查房、会诊和病案讨论,对病历进行检查,入档病历应有审签制度。院长也要定期抽查病房,检查质量。2开展书写病历的基本功训练。新毕业医生,首先要进行书写病历的训练。经常开展病历质量评比活动,组织医护人员观摩典型病历。

7.病例讨论 病例讨论会是一种系统性的医疗理论和实践活动。一般分为疑难病例讨论会,术前术后病例讨论会,死亡病例讨论会和临床病理讨论会。根据临床和科研的需要,定期或不定期地分别举行。可根据内容邀请有关人员参加。一般由病房负责医生(或主治医生)主持,并做系统的总结发言。讨论病例最好选择资料完整的有学习价值的典型病例。会前由主治医生做好资料的准备,系统介绍,并做好记录。

8:病房(科)朝会与值班工作

(1)病房(科)朝会(晨会):此会也称交接班会。它是病房(科)一天工作开始的例会。在每日早晨上班 15 分钟内召开,进行交接班,听取值班人员汇报,开展病房内小评讲,布置当日工作。值班人员报告其在值班时间内的医疗活动情况,如病人流动情况;重病人情况,手术前后情况。一般由病房负责人(科主任)或护士负责人(护士长)主持,病房(科)全体工作人员均应参加。每周利用一次朝会时间召开病房(科)周会。主要是传达院领导的有关指示,结合本病房(科)情况,简要小结一周工作,布置下一周的工作。时间不宜过长,一般以 30 分钟左右为宜。

(2)值班:为了保证病人不分昼夜地得到连续的及时的治疗,病房(科)应建立健全值班制度。

病房(科)应实行昼夜值班制度。值班人员必须坚守岗位,履行职责,经常巡视病房。值班室应设在病房内固定地点。有事必须离开病房时应告知其它值班人员。

住院医师值班,可根据具体情况分科设立,或由整个病房设立。值班医生负责全科(或整个病房)危重病人的观察、治疗、急症手术、新入院病人的检查、处理。如有困难应请上级医生(或负责医生)会诊共同处理。值班时间内的主要工作均应记入病历内,并做好交班。

9.病人出、转院工作

(1)出院工作:病人出院应由经治医生根据病情提出,和病人商定出院日期,尽量前一天下达医嘱,填好出院通知及病历首页,送交出院处。病人出院时经治医生应向病人介绍出院后注意事项,并征求对卫生院工作的意见。

(2)转院工作:住院病人转院诊治,由经治医生提出,主治医生(或负责医生)同意,并征得转入医院的同意方可转出。转院病人在途中病情加重或死亡危险者,应先留院治疗,待病情稳定后,再行转院。重病人转院应指派医护人员专门护送。经治医生应向护送者交待病情,有关诊治情况,途中注意事项和急救措施等。

10.死亡病人的处理 病人经全力抢救无效而死亡时,负责抢救医生应认真检查心音、呼吸、瞳孔和角膜反射等生命指征,确认无反应,方能确定病人死亡。由值班护士进行尸体卫生处理后,送太平房。病人死亡后,应做好以下事宜:

(1)准确地将抢救的详细经过和死亡前的主要症状、表现、死亡时间、参加抢救人员写入病历内。

(2)填好死亡通知单,送往住院处,院长(或医务干事)和家属各一份。

(3)经治医生要在 24 小时内完成死亡病历总结,并经主治医生(或负责医生)审查签字盖章。对有意义的死亡病例,应召开死亡病例讨论会。讨论记录由经治医生整理,经上级医生(或负责医生)审查后归档保管。

三、病房管理的基本内容和要求

1.病房环境管理 为了有利于病人的休养治疗,病房应当创造一个安静、整洁、舒适、安全的良好环境。

(1)安静:任何病人都需要“静养”。病房要避免噪音,医护人员应做到说话轻、走

路轻、关门轻、操作轻。要告诫病人、陪护及探视人员，不可大声说话、呼喊。

(2)整洁：病室内床位和物品都要摆放整齐，固定位置，不得任意搬动。病人所带物品亦应放置整齐。工作人员进入病房要衣帽整洁。病房内应有清扫制度，经常保持卫生，空气新鲜。

(3)舒适：要合理安排病人医疗及其活动时间。保证病人有充足的休息睡眠时间，尽量避免或减少在病人睡眠时间进行检诊、处置，以免影响病人休息。病房的粉刷、油漆、家具、陈设的颜色均应协调，浅淡，给人以美观、大方、舒适之感。

(4)安全：要教育工作人员树立预防为主的思想，加强无菌观念，严格执行消毒隔离制度。医护人员技术操作时要戴口罩，严格遵守无菌操作原则，防止交叉感染。加强病房治安管理，保管好病人的钱财、物品，以防丢失。病房出入口不应设台阶，以便担架车通过，并防止病人摔倒。对病人要热情亲切。预后不良的病情不应告知病人，避免精神上的恶性刺激。

2.病房的标准化建设

(1)管理制度化：制度化是卫生院实行科学管理的基础，也是保质保量完成各项医疗任务、使卫生院工作走向惯性运行的首要条件。病房的各项工作制度，如查房、医嘱、处方、病案讨论、查对、会诊、交接班、病历书写、三级护理、隔离消毒、探视、陪护、岗位责任制等，都是实行科学管理病房的重要保证，要严格认真地执行。

(2)管理规范化：病房管理规范化是医院实行科学管理的重要内容。按照规范去做，就能减少随意性，保证医疗质量，提高工作效率。所以制定各种常见病、多发病、地方病的诊断、治疗、护理的规范是十分必要的。

(3)技术操作常规化：医疗护理技术操作常规化，是确保医疗质量，促使其稳步提高的一种主要管理手段。任何一种医疗护理技术操作都有一定的科学程序，如各种穿刺、麻醉、护理、检验、制药等必须按操作常规进行，从而提高医护人员操作的科学性，防止医疗差错事故的发生。

(4)病房设置规格化：病房的规格化，就是病房内物品均应按照统一的规格进行设置。做到多种设备、物品，固定规格，固定数量，固定位置，使病房整齐、美观、大方、井然有序。创造一个良好的室内环境，方便对病人的治疗及护理。

3.住院病人的管理 管理病人主要目的是鼓励病人树立战胜疾病的信心，指导病人科学的生活作息，配合治疗护理，提高医疗效果。

(1)开展宣传教育，使病人保持和发扬革命乐观主义精神，在住院期间，自觉遵守卫生院各项规章制度，积极配合治疗，保持病房清洁、卫生、肃静。病人、陪护者及探视者不可翻阅病历及其它医疗文件，以免造成精神刺激。

(2)合理安排病人生活：病人每天睡眠和卧床时间不应少于12个小时，其中应有午睡2小时，根据病人病情特点和病人体力情况，组织病人进行适当的活动和协助搞好病室卫生等。

(3)做好陪护者和探视者的组织管理。严格执行陪护与探视制度。制度要切合卫生院的实际。陪护者应尽量减少，探视者应安排在不影响医疗工作的时间，病房应安装通讯对话设备，以便加强病人与亲友、工作人员与来访者之间的联系。

(4)病房应定期召开工作座谈会，征求病人意见，改进病房工作。一般由护士长(或

护士负责人)召集有关医护人员参加。

4.物品管理 认真贯彻勤俭办院的方针,搞好经济核算,节约开支。病房的装备物品要账物相符,不浪费,不丢失,建立赔偿制度;加强病房装备物品的保管、维修和使用的管理;做好废品回收再生工作。

四、病房的医疗质量管理

1.病房医疗质量管理的主要内容和标准见附录有关部分。

2.影响病房医疗质量的基本因素

- (1)人员的组织配备、工作效率和医疗作风。
- (2)医学知识和医疗经验、技术熟练程度。
- (3)规章制度、操作规程的完善和执行程度。
- (4)药品、物资供应保证程度。
- (5)设备是否齐全、先进,管理维修及时程度。
- (6)服务思想和医德修养程度。
- (7)指挥系统是否精干、高效。

3.提高病房医疗质量的主要措施

- (1)合理配备和组织人员,明确各级人员的职责,坚守工作岗位。
- (2)加强思想政治工作,进行医德医风教育,树立认真负责、文明行医、礼貌服务的作风。
- (3)重视技术培训工作。采取多种形式,有计划地培训提高各级各类卫生技术人员,使他们达到一定的业务技术水平。对培训工作要有规划、有检查、有考核。
- (4)要紧紧抓住查房、病历书写、危重病人抢救、手术管理、会诊与临床病例讨论等几个影响病房医疗质量的重要环节。对查房要提出具体要求;对病历书写要实行质量评分;对危重病人抢救要全力以赴,分秒必争;对手术管理要建立健全术前术后讨论制度;对会诊与临床病例讨论要经常开展。要把好危重病人抢救关,切实做好对疑难病例和大手术病例的会诊、讨论工作。
- (5)要抓好基础医疗质量的检查。如检查诊断是否正确、迅速;治疗是否及时、合理;护理是否周到良好。要定期检查病房各项医疗指标情况。及时了解医疗、差错事故发生情况,并制订防止差错事故发生的措施。
- (6)不断开展检查、诊断、治疗的新项目和新技术工作。
- (7)经常检查各项规章制度的贯彻落实情况。
- (8)医技科室要实行质量控制。
- (9)组织好药品、器材和其它物质的及时供应。
- (10)医疗设备的合理装备、更新和效能的监测,保证其精密度和可靠性。
- (11)加强后勤为医疗第一线服务的思想教育,保证水、电、取暖、膳食的供应,切实做到准确、及时、主动。

第五节 医技科室管理

医疗技术科室主要是指运用专门诊疗技术或设备，协助临床各科诊疗疾病的科室，是药剂、放射线、检验、功能检查、供应等科室的总称。随着现代科学技术和医学科学的发展，新的仪器大量增加，新的业务项目不断发展，诊疗技术水平迅速提高，医疗技术科室越来越成为卫生院的重要组成部分。从一定意义上讲，医技科室的装备和技术水平是反映一个卫生院技术业务水平的重要标志之一。因此，医技科室是今后卫生院建设中必须十分重视和加强的部门。所以，卫生院管理人员应认识到建设好医技科室的重要性，加强对医技科室的建设和科学管理。

医技科室的基本任务是借助医疗仪器和特定的实验方法为临床诊断、治疗疾病提供客观依据；为临床诊断治疗病人供应所需物资；直接治疗某些疾病。

医技科室的特点是业务工作面向全院各医疗科室，为医疗科室提供诊疗依据，直接为门诊、住院服务。医技科室仪器设备的先进程度、人员技术水平的高低和工作质量的优劣，直接影响着对疾病的预防、诊断和治疗质量。由于医技科室仪器设备较多，多属固定资产，占用固定资金比重较大，在业务活动中低值易耗品的消耗也比较大，所以医技科室是卫生院业务管理和经济管理的重点之一。

医技科室所包括的范围较广，虽然相互关联，但专业性较强，多具有相对的独立性，有各自的特点和工作规律。各项具体的诊疗技术，不可能制定统一的质量标准，各种不同的设备也不可能制定统一的管理方法，但在总的原则上应有统一的要求。医技管理就是以标准化管理为手段，研究医技科室的整体共性和专业特点、技术质量标准和管理办法，充分发挥医疗技术的作用和提高经济效益。

目前，我国乡镇卫生院或中心卫生院的医技科室，由于人员数量少，设备条件差，业务范围小，在管理的深度和广度上与县以上医院有着一定的差别。管理的主要内容有技术管理、质量管理、仪器管理等方面。其管理要点是：建立健全各项规章制度、技术操作规程、工作质量评价标准，实现工作制度化、操作常规化、技术标准化。使医疗质量技术水平不断提高。

一、药剂工作管理

药品质量的好坏是整个医疗质量中的重要环节，它不但影响医疗效果，而且直接关系到病人的健康和生命安危，所以说药剂工作管理的核心是药品质量。卫生院的经费收支、药品购销所占比重很大，把药品的采购、保管抓好，严防浪费，亦是药品管理的重要方面。药剂科(药房)的基本任务是：按照药政管理的有关规定，管理全院中西药品，根据医疗的需要，及时准确地调配、制备和供应质量合格的各类药品、医疗器材、卫生材料等。

1. 调剂业务管理 调剂工作是保证患者用药安全有效的重要环节。调剂人员调配处方时应有高度的责任感，要集中精力，细心工作，遵守操作规程，认真执行查对制度。

(1)西药调剂: 1 细读处方。全面审查病人姓名、年龄、性别、诊断、药名、剂量、剂型、用法、配伍禁忌、医生是否签字,全部文字是否清楚正确,有无错误或笔误之处,确认无误后方能调配。2 配方时,不要凭记忆来操作,要随时参看处方,以防配错。如处方中有缺少药品,调配人员不得擅自更改处方内容,须经医生改定后再行调配。急诊处方优先调配。3 要严格按照操作规程调配,注意卫生,保持工作台、用具容器的整齐清洁。禁止用手直接接触药品。不得将发霉、虫蛀、失效、变质的药品投出。称量药品计数要准确,不得估计药量。供配方用药物的标签应经三次核对,以免出错。一次是在取药前,一次是在称取时,另一次是在放回原位时。4 调配完后,核对姓名、性别、年龄、药名、规格、剂量和用法。对毒、剧、麻药及儿童用药剂量须特别注意核对。如有两人执行调剂工作,处方调配后,应经第二人按处方对调配的药品进行全面复核,确认无误后,调剂人员盖章发出。发药时应向病人详细说明用法及注意事项,以保证病人用药安全有效。5 建立差错事故登记制度。为保证用药安全有效,减少差错,杜绝事故,必须建立药品差错事故登记制度。对差错事故应详细登记,如时间、病人姓名、差错事故原因、处理经过以及当事人等,并及时向院领导报告。

(2)中药调剂: 除按西药调剂要求执行外, 还应做到: 1 严格检查进入调剂室的药材是否按要求炮炙; 是否发霉变质或虫蛀; 是否有掺杂、混药现象。确认其质量合格时,才能放在药斗内。2 特殊煎法的药物必须单包,注明先煎、后下、冲服、另兑等,并向病人详细说明煎煮要求及服用方法。3 如发现处方中有相畏、相反药物配伍以及孕妇禁忌的药物应及时与医生联系(医生签字者除外),以保证用药安全有效。

(3)处方管理: 处方除作为调配发药的书面文件外,还是统计调剂工作量和药品实行金额管理的依据。如果发生医疗事故或经济问题时,又是追查责任的依据。因此,处方应每日分类统计,认真登记,装订成册,妥善保管,按规定年限保存。普通药品处方保存1年,毒、剧药处方保存2年,麻醉药处方保存5年,以备查核。

(4)毒药、麻醉药、限制性剧药及贵重药品的管理: 凡属毒、麻、限剧药必须严格按照《麻醉药品管理条例》及《医疗用毒药、限制性剧药管理规定》办法管理,并监督临床正确使用。1 毒药系指医疗用毒性剧烈,治疗剂量与中毒剂量相近,需在医师指导或控制下使用的药品,如三氧化二砷等。2 麻醉药品系指医疗用能造成瘾癖的毒性药品,如阿片类、吗啡类、可卡因类等。必须严格执行国家规定,建立完善的管理制度。实行专人负责、专柜加锁、专用帐册、专册登记、专用处方的“五类”管理。每日按麻醉处方,将病人姓名、性别、年龄、诊断、住址、使用数量、结存、处方人和调剂人等逐项登记入册,进行统计。对违反规定滥用者,调剂人员有权拒绝付药。3 限制性剧药(包括剧药)是指剧药有毒而常用易成习惯或易发生流弊,必须加以限制的品种。如中枢兴奋药(咖啡因)、中枢抑制药(如巴比妥类药物)和一些精神兴奋药(安钠咖)等。该类药品应与普通药品分开摆列,用红色瓶签标示“限剧”字样,并统计每日总消耗量。4 对贵重药品应由专人加锁保管,日耗日销,每日清点,保证帐药相符。

(5)调剂质量控制指标: 调剂药品是面向临床、面向患者的第一线,是保证病人用药安全有效的重要一环。因此,对调剂质量必须严格控制,在管理过程中可选用下列指标,以抽处方的形式进行考核。

1 不合格药品率。不合格药品系指潮解、风化、霉变、虫蛀、鼠咬、变质及过期失效等药品。不合格药品率用下式表示，用以考核药房药品质量及其保管情况。

$$\text{不合格药品率} = \frac{\text{不合格药品品种数}}{\text{药房药品品种总数}} \times 100\%$$

2 不合格处方投出率。凡不符合处方要求的处方，调剂人员投出都属把关不严。不合格处方投出率用下式表示，用以考核执行处方制度情况。

$$\text{不合格处方投出率} = \frac{\text{期内不合格处方投出数}}{\text{期内投出处方总数}} \times 100\%$$

3 投药差错率。差错的品种、剂量、剂型；是否已用于病人身上；已用于病人，是否造成危害；对差错事故是否详细登记。投出不合格药品亦应算差错。因投药差错情节不一，差错率应以次数计算。投药差错率用下式表示，用以考核调剂工作质量。

$$\text{投药差错率} = \frac{\text{期内投药差错次数}}{\text{期内投药总次数}} \times 100\%$$

4 毒、麻、限剧药及贵重药帐药相符率。用下式表示，用以考核执行毒、麻、限剧药及贵重药的管理情况。

$$\text{毒(麻、限剧、贵重)药帐药相符率} = \frac{\text{毒药帐药相符品种数}}{\text{毒药品种数}} \times 100\%$$

5 药品划价准确率。用下式表示：

$$\text{药品划价准确率} = \frac{\text{药品处方总张数} - \text{错划张数}}{\text{药品处方总张数}} \times 100\%$$

每张处方划价误差 ± 0.02 元。用以考核药品在销售过程中价格执行情况，检查划价工作质量。

2. 药库管理 药库负责全院医疗用药品、卫生材料等的计划、采购、供应和保管分发工作。药库购销金额占全部经费收支比重很大，是全院流动资金管理的重要环节，供应药品在满足临床需要的同时，应做到无积压浪费，资金周转快。药品采购、供应和保管，应把药品质量放在首位。药库药品的收支，一般都是以帐簿来表示进出和库存情况。管理人员可根据帐目记录，了解各种药品的消耗和库存数作为补充药品的依据。一般卫生院因人员和业务量的限制，药房和药库基本在一起，无明显药品出库过程。中心卫生院应单设药库。

(1) 药品采购：根据卫生院资金少、用量小的特点和临床使用药品情况，采取少进、勤进、快销的原则，有目的地购入，保证医疗用药，避免药品积压，影响资金周转速度。必须保证从正规渠道组织货源，建立质量监督制度，由专人负责药品质量的检查验收，以确保药品质量。

(2) 药品入库：要健全药品入库手续。药品入库必须严格执行验收制度。以购药单为据，清点数量，检查质量。对贵重药材以及易破碎、易霉变、易挥发的药品进行细致的验收。对包装较好外盒整齐的针剂药，可以注射药盒为单位进行验收，如发现外盒有水渍或其它可疑现象者，则必须逐盒验收。药品入库后应记入保管帐内，并将有关凭证报送财会记帐。

(3) 药品出库：出库是药库业务的结束。保管人员根据出库凭证付给药品，供需双方当面查点药品数量、质量，确认无误方可领出。药品出库时，要按先进先发的原则发

放，有期限的药品，应先付期限最近的一部分，但绝不准付过期药品。

(4)药品保管：药库药品保管，可根据药库面积大小、药品品种多少等具体情况，确定管理方法。一般应分类、编号、定位、上架陈列。卫生院多采用卡片制保管法，即把卡片拴挂或钉在药架上，写出编号、药名、规格、剂型、失效期、单价、最高及最低储备定额等项目。其优点是可以随时了解及核对药品情况。

正确地进行药品贮存与保管，对提高医疗质量，防止药品浪费关系很大。在贮存过程中影响药品质量的因素很多，如光照、温度、湿度等。因此，药库药物保管应注意如下几点：1 凡需避光避热贮存的药品，最好放在阴暗处、光线不易直接照射的地方或门窗悬挂遮光的布帘。温度控制在 15℃ 为宜。2 怕潮湿的药品，应放在干燥通风房间内或严密包装，可使用一些吸湿剂，如生石灰等。药材堆放时应离地面一定距离，避免与地面直接接触。特别是在阴雨潮湿的季节里，地面湿度大更应注意。在晴朗干燥的天气，可打开门窗通风驱湿。3 易爆易腐蚀药品，应单独存放在地下室或较安全的单独房间内。无条件时，包装应密封，库房温度不宜超过 25℃。4 防低温变质药品，应采取保温措施，妥善保存，室温保持不低于 2℃，药品存放要离开地面并不与外墙接触。5 注意药库安全，防止灾害事故发生。要建立安全管理制度，认真做好防盗、防火、防雨、防风、防鼠等工作。

(5)药库管理的质量控制指标：

1 药品采购适用率。用下式表示：

$$\text{药品采购适用率} = \frac{\text{药品采购适用品种数}}{\text{药品采购品种数}} \times 100\%$$

所谓适用是指药品采购适合临床需要，具有较大的使用价值。从采购环节上减少积压因素，以提高资金使用效果。

2 药品采购完好率，用下式表示：

$$\text{药品采购完好率} = \frac{\text{药品采购完好品种数}}{\text{药品采购品种数}} \times 100\%$$

借以考核药品采购环节中，全部药品在搬运过程中的质量问题。

3 药品储备定额。根据业务量和资金情况，各院均应确定库存药品最高储备定额和最低储备定额(保险储备额)。在药品核定储备期内既可最大限度满足临床需要又能合理地使用流动资金。应定期检查药库药品低于保险储备定额和超高储备出现的次数，考查合理储备状况。

4 基本药品供应率。基本药品的品种范围根据本院临床、预防的需要自定。基本药品供应率不应低于 95%。基本药品供应率用下式表示：

$$\text{基本药品供应率} = \frac{\text{基本药品实际供应品种数}}{\text{基本药品品种数}} \times 100\%$$

5 药品缺货率。用下式表示：

$$\text{药品缺货率} = \frac{\text{期内缺货次数}}{\text{期内申请领取数}} \times 100\%$$

用基本药品供应率和药品缺货率来考核药品供应状况。

6 库存药品帐药相符率。用下式表示：

$$\text{库存药品帐药相符率} = \frac{\text{帐药相符品种数}}{\text{库存药品品种数}} \times 100\%$$

用以考核帐药相符程度。多或少都为帐药不相符。

7 库存药品质量完好率或药品损耗率。用下式表示:

$$\text{库存药品完好率} = \frac{\text{完好品种数}}{\text{库存品种数}} \times 100\%$$

$$\text{药品损耗率} = \frac{\text{计算期内药品实际损耗额}}{\text{计算期药品消耗金额} + \text{期末库存金额} - \text{期初库存额}} \times 100\%$$

用以考核药品保管质量和损耗程度。

3.制剂业务管理 自配制剂应坚持为临床服务、自用的原则。卫生院是否设立制剂室,应从本院的实际情况出发,但制剂室的技术人员配备及房屋设备条件,必须符合制剂要求标准,并经药检部门和卫生行政部门检查验收发给制剂许可证,否则不得擅自生产。

(1)自配制剂业务管理要求: 1 制剂室要有健全的规章制度,岗位责任制及制剂操作规程、质量检查标准。2 配制药剂前应填写制剂单或制剂登记本,作为原料消耗和核算制剂成本及生产数量的依据。制剂单内容包括:制剂名称,制剂处方原料药品的含量、用量及配制总量等。配制人和核对人均应在制剂单上签字。3 制剂原料、辅料必须符合药用标准,注射用原料应符合注射用规格标准。发现原料包装有问题时应做全面质量检查,如已受潮变质、发霉等,则不可做制剂原料。4 配制时应将所需的原料、辅料集中放置在制剂台上,根据制剂处方内容逐项核对,称量时要逐个核实砝码,确认无误后监督投料,按照制剂规程配制。制剂人员应穿工作衣帽,严格执行卫生制度。5 配制大输液,在灌装前应进行半成品检查(包括澄明度及定性、定量检查),合格后方可分装。有关含量测定、鉴别试验、pH值、热原检查及安全试验等项目,应按检查规定进行,并需详细填写检验报告单,原始记录要准确清楚,并加盖检验员名章。6 配制药物所用容器应保持清洁,衡器保持精确(如天平应经常检查灵敏度)。配制灭菌制剂所用的玻璃瓶、橡皮塞等质量应符合规定要求。7 制剂均应抓紧时间完成全部操作,配制的注射剂(特别是静脉注射及大输液),一般应在4~6小时以内完成灭菌,以防细菌生长产生热源。8 进行高压灭菌操作时,应将灭菌器内空气排尽,灭菌时间必须从达到所要求的温度时间算起,灭菌完毕后停止加热。待压力表上所表示的压力逐渐下降到零,温度降至80℃以下才能放出高压消毒锅内的蒸汽。开锅时,先稍稍开一小缝,待10~15分钟后全部打开,避免内外压力差使药瓶爆裂而冲出锅外,造成药品损耗或工伤事故。9 制剂成品标签的书写正确、清晰、详细注明品名、含量、规格、数量、配制日期(批号),有效期药品应注明失效期等。

(2)制剂质量控制指标:为确保自配制剂的质量,除制剂人员要有严肃的科学态度,严明的组织纪律,一丝不苟的工作作风外,还要有严格的质量控制措施。可用下列指标:

1 制剂成品率。用下式表示:

$$\text{制剂成品率} = \frac{\text{配制数量} - \text{不合格数}}{\text{配制数量}} \times 100\%$$

2 自制品自检合格率。用下式表示:

$$\text{自检合格率} = \frac{\text{自检合格数}}{\text{实际自检数}} \times 100\%$$

表明单位内部对制剂生产药品自检情况。

3 自制品送检合格率。用下式表示:

$$\text{送检合格率} = \frac{\text{检查合格数}}{\text{实际送检数}} \times 100\%$$

指由药检部门对自制品质量检查情况。

4. 药剂工作的经济管理 卫生院的药品管理, 应实行卫生部提出的“数量统计, 金额管理, 实耗实销”的管理办法, 从经济效益中反映药品管理的好坏状况。详细内容见有关章节。

二、临床检验管理

检验科(化验室)是卫生院的一个重要医技科室。临床检验是利用物理、化学、生物学等方法, 对血、尿、粪便、痰以及各种体液进行检验, 为诊断治疗提供客观依据。随着科学技术的发展, 检验技术日趋精细, 检验范围不断扩大, 检验内容日趋充实, 工作需要日益增加, 与临床的结合将更加紧密, 检验工作的地位和作用显著提高。因此, 应加强对检验科的建设和技术管理。

1. 检验内容要求 卫生院和中心卫生院应开展的检验业务范围, 主要取决于仪器设备条件、检验人员的专业水平及房屋面积。检验人员要明确地树立为临床服务的思想, 提高检验质量, 积极地创造条件, 多开展检验项目, 满足临床工作需要。

卫生院工作内容: 血、尿、粪便、痰四大常规检验; 血型、血沉及出、凝血时间测定和肝功能试验。有条件时亦应开展其它生化检验。

中心卫生院工作内容: 血、尿、粪便、痰常规检验; 脑脊液、胸、腹水的理化检验; 肝功能试验及乙型肝炎病毒表面抗原测定; 钠、钾、氯等离子及二氧化碳结合力等测定。有条件可开展药物敏感试验。承担冷饮食品的细菌检验(细菌总数、大肠杆菌数)。

2. 检验的技术管理 为了保证检验诊断的科学性、准确性、及时性, 各院应根据具体条件, 建立健全严格的管理制度和各种技术操作规程。主要环节的技术管理如下:

(1) 申请检验时, 化验单应按规定格式逐项填写, 字迹清楚, 须有医生签字方予接受。对紧急化验应注明“急”字, 特殊检验项目应事先联系。

(2) 采集检验标本必须按照各种检验方法规定要求进行, 并尽快进行检验。采集标本和验收标本时, 要检查对照姓名(去病房采标本时, 应对床号)、检验项目、所取标本是否符合要求, 避免弄错标本做错检验。检验完了的标本, 均应采取适当方法消毒灭菌。

(3) 严格执行检验操作规程。检验者必须详细了解各种试验方法和原理, 熟记检验步骤, 正确掌握在操作中的注意事项。工作认真、细致、准确。操作前应核对检验项目、标本和检验单是否相符, 仪器与试剂是否适用, 取量是否准确, 一切操作都要严格

按规定的方法程序进行。检验结果如有可疑，须将标本重复检验一次，核对检验结果是否正确，以保证检验结果的准确性。

(4)检验结果得出后，应及时填写检验报告单和登记簿。填写报告单和登记簿时，字迹要清晰，描述结果要完整、简明。检验报告单应及时发出。

(5)试剂配制方法必须按技术操作常规进行，不得随意改动。新配制的试剂要核对鉴定。当量溶液要定期配制和校正。试剂瓶签一律用钢笔写清楚试剂名称、配制时间及有效期。配制试剂后，将所用药品的名称、用量等进行登记。

(6)在客观条件允许情况下，应注意试验方法的准确度、灵敏度和精密度，提高临床检验质量。

3.检验科(化验科)工作质量检查 目前，对检验科应以完善的登记作为质量检查的依据。主要有：检验报告结果登记、药品使用情况登记、仪器设备档案及保养维修记录、检验差错登记等。具体检查：

(1)检验人员操作是否严肃认真，是否严格按照技术操作规程进行。

(2)检验报告发出是否及时，书写是否清晰、工整。项目填写是否准确，检验日期、检验者是否填写及盖章。登记资料是否完好。

(3)检查药品是否保管良好，仪器保养是否及时，设备是否完好，保持其灵敏度和功能。

(4)检查发生检验差错事故情况，是否登记，包括日期、地点、病人姓名、差错项目、原因及处理经过、当事人等。

4.检验工作的安全管理 检验人员经常接触检验标本(如病人的血、尿、便、痰)，可能存在传染性致病因素，有时还接触剧毒试剂，所以，在检验工作中，检验人员必须严格执行操作规程，注意消毒处理和防护工作。

(1)严格按照规定处理各种检验标本和器材。污染的玻璃片、器皿、吸管及注射器等，先放在消毒液中浸泡后清洗，然后高压灭菌。能焚烧的污染物尽量焚烧处理。

(2)保持实验室内卫生，工作台面要保持清洁，工作完毕后应认真清理工作场地，如有传染性物质污染实验台或地面，应立即用消毒液处理。要重视个人消毒隔离，工作时认真穿戴工作服、帽子、口罩。

(3)易燃易爆及剧毒药品应指定专人管理，并专柜加锁，易燃药品要远离火源。使用强酸强碱及易爆性药品时，应特别注意防止发生爆炸事故。

(4)在工作中要注意防止刺伤、烧伤或吸入腐蚀性药品等。

三、放射线诊断管理

放射线诊断在疾病的预防、诊断、治疗中具有重要的作用，是必须重视和加强的医技科室之一。随着x线机械的发展，卫生院和中心卫生院都相继成立了x线室或放射线科，负责临床各科的x线诊断任务。

1.放射线诊断的任务 放射线诊断是利用不同的放射线工具及技术，检查人体某些组织或脏器，用不同的图象形式记录下来，得到客观资料，结合临床表现来解释这些图象的病理生理性质，从而诊断疾病。具体有以下一些任务：

(1)确定诊断或发现病变。

(2)根据病变的情况(如大小、范围、性质、有无合并症等),给临床医生提供有价值的资料,以便明确诊断,制订治疗方案,判断疾病的预后。

(3)在治疗进程中,可以追踪观察病变的变化,了解疗效,决定是否改变治疗措施。

(4)配合临床进行穿刺、抽液、复位、取异物等。

(5)为健康检查、普查、术前、产前检查提供手段。

按其上述任务和卫生院现有设备条件,卫生院应开展胸、腹透视,食道、胃、十二指肠钡餐透视,有条件时应开展四肢和胸部拍片。中心卫生院除应开展上述项目外,还应开展造影及特殊检查(如胸部、四肢、脊柱拍片、钡剂灌肠、胆囊、胆管造影等)。

由于卫生院放射线专业人员数量少,不能分工或不能严格分工,这就要求放射线专业人员,掌握各种检查方法的基本理论和操作技巧,包括x线机及附属设备的构造、使用方法等。还要掌握与x线诊断有密切关系的基础医学知识和各种疾病的主要临床知识。

2.放射线诊断的技术管理

(1)建立技术操作规程:工作前,应检查电源电压,按要求依次开机或操作,标准电压不足,不能透视或拍照。在冬季(尤其北方)透视或拍照前,应事先开机预热。要认真阅读求检申请单,了解检查目的及临床症状、体征或诊断,以便结合影象做出判断。

(2)健全放射线诊断工作制度:如登记、报告制度,读片与评片制度,设备维修与保养制度,放射线防护制度等。各种x线检查结果,必须及时通过正式的书面报告通知求检科室。报告单书写必须清晰,描述全面,重点突出,结论明了,并且有针对性地回答临床所需解决的问题。对病人姓名、年龄、性别、检查号码、日期都应仔细核对,认真填写,并盖章以示负责。各种检查必须有完整的登记,以便统计工作量和询查。两人以上的放射线科应进行读片,对疑难病例进行分析讨论,提出诊断。对照片的质量进行评级,找出质量和技术上存在的问题,提出改进意见。

(3)放射线诊断的质量控制:卫生院x线检查设备,绝大部分利用率不高,其原因:一方面是设备和专业人员潜力发挥不够,开展的检查项目少;另一方面是临床科室合理利用不够。因此,要制订合理的指标定额,确定业务范围,充分利用设备。用检查工作量指标和业务范围,考核设备利用和满足临床需要情况。

虽然放射线诊断质量控制指标并不象临床科室那样明确,但也有几项基本指标可供参考。1 x线诊断符合率。特别是住院病人的x线诊断符合率是容易统计的,也是需要做到的。其符合率用下式表示:

$$x\text{线诊断符合率} = \frac{\text{期内}x\text{线诊断结果与临床最后诊断符合例数}}{\text{期内}x\text{线检查例数}} \times 100\%$$

2 优质照片率。用下式表示:

$$\text{优质照片率} = \frac{\text{期内优质照片数}}{\text{期内照片总数}} \times 100\%$$

x线照片质量评定标准可分四等:一等片,标号及投照部位正确,对比度、清晰度良好,无疵可指;二等片,标号及对照部位正确,主要部位无遗漏,对比度、清晰度达到

一般要求：三等片，位置、对比度、清晰度差，但尚能达到诊断要求；四等片(废片)，不能做诊断用。一、二等片为优质片，应在90%以上。废片不能超过3%。3 x线机使用时间。即一台x线机连续透视或照片多少次不发生故障，用以考核平日维修，保养及使用情况。1 责任或技术差错，事故情况。

(4)加强放射线卫生防护：一切电离辐射经过人体后，可发生一定的生物化学变化，危害操作者和患者的健康。防护的目的就是在不影响诊断的前提下，尽量减少操作者和患者所受的辐射量。射线防护主要是通过时间防护、距离防护和屏蔽防护三种手段来减少对人體照射剂量。因此，要求x线机房的面积、机器的防护性能，必须符合《医用诊断x线卫生防护规定》。要求放射线工作者熟练操作技术，提高诊断水平，减少不必要的照射，充分利用个人防护用品，用最短的时间，最小的照射量，取得最佳的诊断效果。放射线工作人员在透视前应做好眼睛的暗适应，透视时应穿铅围裙，戴铅手套，铅眼镜。每年应进行一次专门的健康检查。

四、功能检查管理

功能检查系指利用生物电描记、超声波、内窥镜等仪器和检查技术，直接或间接地观察机体组织结构、脏器功能状态，取得各种参数或图象，并结合临床客观地判断各脏器的功能或组织结构的改变，达到对疾病做出明确诊断的目的。随着科学技术的发展，卫生院已逐渐装备各种功能检查仪器和设备，提高了对疾病的诊断手段。

1.卫生院常用的仪器种类

(1)心电图机：是临床应用较为广泛的一种功能检查仪器，它是通过记录心脏在活动时的生物电流的变化来发现心肌的病变，借以判断心脏本身的运动机能，为诊断提供依据。

(2)超声波检查：超声波检查是把电子技术与超声的各种物理特性结合起来，应用于临床医学的一种诊断方法。目前卫生院使用的绝大多数为A型(时间幅度调剂型)超声诊断仪，它是国内最常用的类型。其优点是测距准确度高，仪器价格便宜，在我国现有条件下容易普及。缺点是获得的回声图只是一维的。因此，A型超声诊断仪的诊断效果，在很大程度上依靠仪器使用者的经验。A型超声诊断仪主要适用于囊性占位性病的探查、测量距离等。

2.业务管理

(1)建立岗位责任制和技术操作规程。要了解仪器的性能、特点、构造、安全使用方法，要合乎标准灵敏度，以得出可靠的检查结果。

(2)检查前要查对姓名、性别、年龄、诊断及临床要求。要认真仔细地对所要求检查的部位进行探测和观察。

(3)检查报告单要求书写整齐清楚，项目齐全，数据测量准确，结论与分析相应，主次顺序分明。报告发出要及时，并做好登记。

(4)检查室应每日进行清洁消毒，对肝炎病人探测后，要用过氧乙酸洗手和擦洗探头。

五、供应室管理

供应室是直接供应各种无菌器械和备品的科室。它的每一项工作都直接关系到医疗质量和病人的安危，必须重视和加强供应室工作。目前，中心卫生院都已建立了供应室，一般卫生院还是自用自供。

1. 供应室的任務

- (1)负责各科室常用的无菌器械、敷料和备品的供应；
- (2)负责各种污染的医疗器材的回收、清洗、包装、消毒工作；
- (3)负责敷料制作、准备、消毒和回收再利用；
- (4)负责各种物资器材的请领和报销工作。

供应方法：一般按规定供应。

2. 供应室业务管理 供应室供应的器材、敷料和备品，种类多(特别是低值易耗物品种类)，涉及面广。因此，要建立健全各种规章制度，严格执行技术操作常规，保证供应器械、物品、敷料等无菌物品的质量。

(1)供应人员应树立严格的科学态度，遵守无菌原则，操作前要洗手，操作时要着装，戴口罩。

(2)在消毒前要認真检查消毒锅安全情况，消毒灭菌时必须坚守岗位，对不同性质的物品要分别消毒灭菌。严格掌握灭菌程序，压力、温度、时间，确保灭菌效果。

(3)对接触传染病或可疑传染病的器材、备品，经所用科室初步消毒处理后，送回供应室，进行高压灭菌后再进行清洗。所用敷料应立即烧毁。

(4)严格查对制度。交换物品敷料时，需由双方全面查看物品是否完好，数量是否准确，然后交换。准备器械时需查对品名、数量、质量情况。发放器械包、物品敷料时需查对消毒日期。

(5)做好物品管理。物品请领、使用、发放都应有严格手续，建立帐目，定期清点。

(6)各种物品敷料做到计划使用，精打细算，合理剪裁，科学制做，做好修旧利废再生工作。

3. 供应室工作质量检查

- (1)供应的各种注射器、输液器具是否清洗干净，合乎质量要求。
- (2)供应的各种治疗包、穿刺包是否完好齐全，合乎质量要求。
- (3)各种消毒药品保存时间是否超过规定期限。
- (4)各种器材是否做到帐物相符，能否做到定期清点。
- (5)是否做到破损率低，原材料节约及修旧利废。

六、手术诊疗管理

手术诊疗是指在物理诊断、检验诊断和各种仪器检查诊断的基础上，根据一定的适应症，运用“手术”这一特殊技术，对疾病进一步明确诊断和确定性治疗。手术诊疗的任务，一是明确诊断，二是根据诊断和病情进行确定性治疗。手术诊疗直接关系到病人的

身体健康、疾病转归和生命安全。目前，卫生院由于人员的技术水平和设备条件的限制，手术诊疗的任务还是以治疗为主体，其诊疗范围主要为腹部外科、妇产科、创伤科、骨科、五官科及各种(诊断、治疗性)穿刺术，多属于急诊手术。随着农村卫生技术力量加强，医疗器材设备的增加，手术诊疗的范围还会日益扩大。

手术诊疗要严格掌握手术适应症，遵守无菌操作原则和手术基本操作规程，提高手术质量，保障手术安全，防止手术并发症。手术组是一个以术者为中心的工作集体，互相协调配合是顺利完成手术的必备条件。要使手术治疗获得良好的效果，必须有明确的术前诊断、良好的术前准备和术后处理。手术管理主要有以下三环节：

1.术前管理

(1)术前检查：术前要完成必要的检查，尽可能明确诊断，并做出术前小结。

(2)术前讨论：凡手术病例均应进行术前讨论，集思广益，进一步明确诊断、手术方法、步骤、麻醉之选择及术中、术后可能发生的问题和对策，确定术者和助手。

(3)术前准备：应于一日前开好手术医嘱单、手术通知单，检查术前护理工作的实施及器械、药品(包括血源)等准备情况。

(4)病情危急、重症又必须手术的，除术前仔细讨论外，应报院长或医务组长批准。各卫生院应依据手术人员素质、技术水平明确各级人员手术权限范围。

(5)实施手术前必须由病员家属或单位签字同意。如来不及征求家属意见时，必须经院长批准后实施。

(6)手术前的各项治疗工作，必须及时完成，如脱水、休克、贫血等不利于手术的现象应先予纠正，同时做好病员的思想工作，减少或消除不必要的顾虑。

(7)病人去手术室前应排尿，摘下假牙。手术室工作人员应热情接待病员，而后进行麻醉和准备手术。

2.术中管理

(1)无菌技术管理：1 凡参加手术的工作人员，必须具有高度的无菌观念，严格执行无菌技术操作，保持室内肃静和整洁。进手术室时必须穿戴手术室的鞋、帽、隔离衣裤和口罩。2 参加手术人员应严格按照外科刷手规则进行刷手、泡手，穿无菌手术衣，戴无菌手套，并用无菌外用生理盐水冲去手套上的滑石粉。3 手术区皮肤应严格用碘酒涂一遍，酒精脱碘两遍，也可用新洁尔灭常规消毒，并铺无菌单。4 手术所使用的器械和敷料均应符合无菌要求。

(2)手术操作过程中的管理：1 手术必须按术前讨论方案进行，术者和助手的安排无特殊情况时不准变动。2 在手术进行的全过程中应爱护组织，按解剖层次分离，止血应彻底，操作应稳、准、轻、快。3 手术过程中出现病情急剧恶化或发生术者无把握处理的情况或有可能截除重要脏器(肢体)或危及病人生命安全时，应立即向院长汇报，并向家属交代病情，以便及时组织抢救处理。4 手术完毕缝合切口前，要认真检查手术用品和器械是否齐全，防止遗留在手术切口内。

3.术后管理

(1)病人离开手术室前应填好麻醉记录，开好术后医嘱。

(2)做好术后观察，认真记录血压、脉搏、呼吸、排尿以及引流管(条)、切口等情况。

(3)术中如需采取标本，应妥善处理送检。

(4)注意术后并发症的预防。

七、医技科室仪器设备管理

卫生院的仪器设备基本上都在医疗技术科室。虽然种类和数量较少，装备比较陈旧，性能和效率低，但对临床诊断和治疗疾病，满足农村居民医疗服务需求起了很大作用。各种仪器设备是给医疗工作提供科学依据的物质基础，随着农村卫生事业的发展，卫生院将不断增添各种装备。因此，加强仪器设备的科学管理，充分发挥仪器设备的最佳效用是非常重要的。

1.健全各项管理制度

(1)仪器设备技术档案制度。

(2)仪器使用操作规程。

(3)使用、维修、保养制度。

(4)破损、报废、赔偿制度。

(5)仪器设备使用安全制度。

(6)设备使用人员考核制度。

2.各种仪器的技术管理

(1)x线诊断机的管理：①电源电压与x线机规格必须一致，不符者应加调压器，按规格埋设地线。②机器的原始资料，必须妥善保管，并建立设备档案。对在使用过程中发生的异常现象、故障原因、修理经过、检修情况及检修人等进行记载。③每日工作开始时要进行一般性巡回检查，了解电源、机钮、电缆、仪表以及可动部件有无异常。每半年应小检修一次，一年大检修一次。④避免管球长期用超负荷容量或短时间内连续曝光、管球过热、冷却不良等现象发生，如有噪声、机身过热等异常现象，应立即检修。

(2)实验诊断设备管理：①光学仪器。如显微镜、光电比色计、分光光度计等。在使用和保管中应注意：(a)存放应罩有布套，并保持通风干燥。(b)不应放在含有酸性蒸汽或其它腐蚀性化学品的地方。(c)镜头或透镜玻璃不能用硬物或手指擦摸，应用揩镜纸轻揩，如仍不洁净，可用棉布沾少许二甲苯轻轻揩拭，但时间不宜过长。(d)防止潮湿，可放结晶干燥剂。(e)不宜放在阳光下曝晒。(f)光学仪器构造精细，应轻拿轻放，避免碰撞、挤压损伤。②电器设备。如离心机、电冰箱、水浴箱、恒温箱等。(a)电源电压应与设备规格一致，并有地线。(b)仪器配置专用线路，不可临时接在灯头上。(c)电器设备应放置在通风干燥及水平处，尽可能远离热源，避免阳光直射。(d)冰箱冷凝器与墙壁距离不得少于0.6米，尽量减少开门次数，以保持温度稳定和延长使用期限。(e)如发现电器有噪声、机身过热、指示灯不亮、电冰箱长时间不转动，应及时检查处理。(f)电器(冰箱除外)使用完毕应立即切断电源。③衡器设备。如分析天平。分析天平是一种精密度高的衡量仪器。使用管理注意事项：(a)天平应放在温度不易改变的室内(20℃左右)，不得在一个方向受热或受冷，使其免受气流的影响。(b)天平应放在稳定的桌面上，尽量免除振动的干扰，框罩内放置无水氯化钙等干燥剂，罩以红黑双层布套，以防尘上进入。(c)要保持天平零件的清洁，使用前要检查天平各个部件装置是否正确，然

后调整平衡位置。(d)注意保护砝码，勿使沾染酸碱、油脂，防止表面腐蚀氧化。取用时应使用镊子持拿，不得用手直接取用。(e)应定期进行精度鉴定。

(3)心电图机及A型超声诊断仪是灵敏度、精确度高的精密仪器，易受环境诸因素影响而损坏仪器的性能或缩短使用年限，除本身特定的技术要求外，一般应注意：1 仪器使用、保管的环境温度保持相对稳定。2 安放仪器的周围不得有足以影响仪器正常工作的电磁场。3 应设有专用布罩防止灰尘，室内地面铺板或地板革，工作人员操作前应更换拖鞋、衣帽。4 注意防潮、防震，避免日光直射。5 使用前应检查电源电压是否与机器要求一致，电压是否稳定。接通电源后，一般应预热，而后按规定进行校标，待灵敏度校正、定标、稳定后方可使用。

3. 仪器设备保养检修 设备的维修保养是设备自身运动的客观需要。仪器设备在使用过程中，由于设备的物质运动，必然会产生技术状况的不断变化。因此，必须做好设备的保养与维修，及时清除设备的缺陷和隐患，保证设备的良好状态。目前，卫生院由于人员、设备较少，没有专门设备保养检修人员，全靠使用者自己本人进行。所能做到的也只是例行保养(或称日常保养)，主要是进行表面清洁，可动部位的润滑，紧固易松动的螺丝和零件，检查在使用过程中工作是否正常，零件是否完整。这种保养大部分属于设备外部保养。另一方面，由于医疗设备的价格一般都比较昂贵，又是单机开展工作，没有备用机，为使诊断治疗工作不致中断，提高仪器设备效能，要求仪器的使用者，了解熟悉仪器的性能、原理、构造，能够进行机器局部检查和调整。发生故障或损坏，自己不能排除和修理时，应及时送出或请人修检，以保证临床的需要。

第六节 护理管理

护理管理是卫生院管理的重要组成部分。它的任务是提高护理工作效率和质量，对护理工作进行具体的组织、计划、控制、协调，以保证卫生院护理工作顺利进行。

一、农村卫生院护理队伍现状及护理人员应具备的素质

在农村卫生院护理队伍中，经过系统专业训练的护士较少，护士缺额较多，医护比例失调。根据目前卫生院护理工作的特点，在业务工作中不能分科过细，提倡护理人员能够较全面掌握常见病和多发病的护理理论知识和技术操作，并要做到一专多能。

护理人员是为病人健康服务的。当人们患病之后，不但机体遭受痛苦，也会产生一些思想顾虑，需要护理人员的关心、体贴、帮助和照顾。根据护理工作的职业特点，要求护理人员必须具备良好的道德修养，护理理论知识和专业技术，进行优质服务，才能使病人早日康复。

卫生院护士应具备的素质如下：

(1)热爱护理专业。有社会主义人道主义精神，全心全意为病人服务。

(2)有高度责任感。密切观察病情变化，掌握病人心理状态，想病人之所想，急病人之所急，帮病人之所需。

(3)文明服务。要仪表端庄、整洁，动作轻柔，举止大方，语言文明，礼貌待人。

(4)要具备一专多能的业务能力。对内、外、妇、儿等科常见病、多发病和各种急重病人的抢救、手术配合、物品准备、消毒和供应等工作都能掌握并能正规地进行护理技术操作。遇到意外情况时要冷静、机智、敏捷、准确无误，积极配合医生进行抢救治疗。

二、护理组织管理

卫生院的护理工作应实行院长领导下的护士长或总护士长负责制。一般的卫生院设护士长 1 人，超过 50 张病床的中心卫生院设总护士长 1 人，根据分科情况设护士长若干人。护士长应由护师或高年资护士担任。护士长(总护士长)在主管院长领导下，负责全院护理工作的组织领导和业务管理。

三、护理质量管理

护理质量管理是衡量护理工作和护理科学管理的依据。对于提高护理工作质量和管理水平起着重要作用。

1.护理管理 应参照上级有关护理质量管理标准，拟定本院护理质量标准。根据各级护理人员职责、护理工作制度、护理技术要求等，制定出月、季、年度等检查评定办法，进行质量控制。

(1)护士长应组织护理人员学习各项护理规章制度、护理常规、基础护理技术、各科常见疾病理论知识与护理技术操作，并定期进行考核，不断提高护理人员业务水平。

(2)对重症病人要由有经验的护士负责重点护理。并针对病人身心状况制定护理计划，进行全面护理。

(3)对病人及其家属进行宣传教育，解除心理疑虑，帮助病人树立起向疾病作斗争的信心和勇气。

(4)按时填写护理记录，做好护理阶段小结，待病人出院前做好出院指导。

2.对护理人员的考核制度

(1)平时工作考核：护士长结合本单位具体情况对护士、护理员按工作日、周程检查，考核各班护士工作质量，了解每人的工作能力及完成任务情况；并利用晨会交接班时间和护理查房时间考察每人的护理知识及业务水平。

(2)技术操作考核：由护士长、护师或高年资护士组成本院技术考核小组，对护理人员的护理业务、技术操作进行考核，每年至少 1 次。

(3)理论知识考核：由本院或上级业务主管部门组织安排进行。如参加各种学习班者，学习结束后要进行考试。

3.有条件的中心卫生院要逐步实行责任制护理 责任制护理是由责任护士对病人身心健康实施系统的、有计划的整体护理。责任护士分管一定数量的病人，负责病人自入院到出院全过程的护理。责任护士是 8 小时在班 24 小时负责。根据农村卫生院的实际情况，目前一般还不具备开展责任制护理的条件，但在一些规模较大的中心卫生院则应

积极创造条件逐步开展。

四、护理管理制度

1. 护理管理制度要求 护理工作内容多、范围广，具备连续性的特点。需要制定各项规章制度，进行系统的、科学的管理，使昼夜不同时间工作的护理人员能有所遵循，保证护理工作的正常进行，以满足病人的需要和保障生命安全。

(1) 岗位责任制度：分工明确，工作认真，服务热情、周到，按时到岗，做到不漏岗、不离岗。

(2) 交接班制度：各班次护士之间要严格执行交接班制度，认真交接病人、药品、器材、急救器械和常备物品等。对危重和治疗中的病人要做好床头交接班，双方要当面交接病人的病情、进行中的治疗、护理、各项记录、抢救器械、药品等内容。护士长或负责人要参加重危病人床头交接班。

(3) 分级护理与危重病人抢救制度：按特级、I、II、III级病人进行护理。对危重、大手术术后的病人要制定护理计划，并设专人护理。密切观察生命体征、病情变化和用药反应，做好特护记录、出入量记录，备齐急救器械药品。要认真执行护理计划，当病情变化时应及时修改。根据病情轻重做好生活护理，保持病人舒适、安全，防止出现并发症。要经常和病人交谈，掌握思想变化情况，做好心理护理，使病人在最佳心理和生理状态中接受治疗。

(4) 查对制度：严格执行三查七对二注意制度，防止发生漏洞、差错、事故。

(5) 执行医嘱制度：严格执行医嘱，保证治疗方案认真执行。转抄和处理医嘱时，应严肃认真，思想集中，做到及时、准确、安全。对有疑问的医嘱和用药后出现不良反应者要及时请示报告医生。

(6) 消毒隔离制度：加强无菌观念，认真执行无菌技术操作规程。一切处置用物和设置要严格区分有菌、无菌、污染、清洁。认真执行消毒措施。注射时实行“五个一”即一人一针一管一用一消毒制度。一切处置用物用后实行三步消毒法(消毒—刷洗—高压灭菌)。凡出院病人用物和病床单位应做到终末消毒。手术室、治疗室、处置室、换药室、血库、婴儿室等，每日要进行紫外线消毒，每月进行空气细菌培养，培养的菌落数应达到卫生主管部门要求的指标范围内。发现疑似传染病病人时应做好床边隔离，以防止造成院内交叉感染。传染病病人用物、器械要妥善处理，敷料等物要焚烧。

(7) 总护士长、护士长查房制度：护士长每周进行一次业务、行政查房。做到及时交流经验，评价工作以便提高护理质量。对重症病人或疑难护理问题，应采用会诊、专题讨论方法，集思广益，发挥整体业务能力，制定出正确护理方案，使病人得到及时、正确的护理。

(8) 业务培训制度：为提高护理质量，护士必须不断更新知识，才能适应新形势的需要。因此，应有计划地组织各种形式的业务学习。如，专题讨论、学术报告、经验交流和短期培训，以提高基础理论、基本技能及专业知识。按期进行学习、考核、考试，并将成绩记载于技术档案内。

(9) 护理差错、事故讨论制度：差错事故发生后，不得隐瞒，要立即组织所属护理

人员进行讨论，找出原因，并根据情况进行教育。严重差错、事故发生后立即逐级向领导报告，积极组织抢救，做好登记，并将处理结果及本人态度记载于责任者档案内。

(10)护理文书书写制度：体温单、医嘱单、特护记录单、病情交班报告及各种治疗单等，要求记录的项目完整、准确、科学性强，整洁、及时、字体端正、点线分明。

(11)护理工作程序制度：制定护理工作周程，合理地安排护理工作内容和每周护理工作的重点，以便使护理工作有计划、有步骤、科学、系统、准确地进行。护士长可按工作内容要求组织实施，督促检查和评价效果，以保证工作质量不断提高。

2.护理常规制度要求 护理常规制度应包括基础护理技术操作常规。这是护士最基本的操作技术，是各级护理人员通用的技术。它包括铺床法，各种注射法，静脉输血液法，导尿、灌肠法，观察病情和标本采集法等。专科技术操作常规，是根据各专科病人诊断治疗和护理需要而制定的。如胃肠减压法、换药法、阴道冲洗法、膀胱冲洗法、手术器械准备和术中配合等，以及高热、昏迷、瘫痪、褥疮等护理常规。制定常规的目的在于使护士技术操作达到正规化和标准化，以保病人的舒适和安全。制定专科疾病护理常规，可使护士工作时有所遵循，以便结合病人具体情况，进行身心整体护理。护理常规每两年应修订一次。

(1)了解操作目的及有关理论知识，所用药物的作用、不良反应、配伍禁忌及其它应注意的问题。

(2)操作前要做好病人的准备和思想工作，设法解除或减轻思想顾虑，以达到密切合作。

(3)操作前要洗手，戴好工作帽及口罩。

(4)严格执行无菌原则和无菌技术，保证病人安全。

(5)技术熟练、正确、正规，按程序要求进行操作。

(6)处置时、处置后应使病人卧位舒适。

(7)处置(治疗)中、处置(治疗)后应密切观察和护理。有关操作情况和效果应做好记录。

(8)操作后用物应严格执行消毒隔离措施。

(9)进行某些操作时，要做到消除或减轻病人的顾虑，恐惧和羞耻感。

3.病房管理要求

(1)组织管理：根据农村卫生院护理人员少的特点，对护理人员要科学分工，合理安排工作时间，保证不空岗、不漏岗。实行三班制有困难时，可实行两班制，使病人能够得到及时、正确的治疗与护理，有利于医疗工作的顺利进行。同时，还要保证护理人员的休息和健康。

中心卫生院病房 5 名护士排班表

表 3-7

姓名	星期								备注
	一	二	三	四	五	六	日		
名 1	8—12 14—18	8—12 14—18	8—12 14—18	休	8—12 14—18	8—12 14—18	8—16	主班, 生活(护士长)	
名 2	8—16	8—16	8—16	8—16	8—16	休	16—24	治疗, 午班	
名 3	16—24	16—24	16—24	16—24	16—24	16—24	休	前夜班	
名 4	24—8	休	24—8	24—8	24—8	24—8	24—8	后夜班	
名 5	休	24—8	长	8—12 14—18	长	8—16	8—12 14—18	下夜班, 替班	

卫生院病房 4 名护士排班表

表 3-8

姓名	星期								工作内容
	一	二	三	四	五	六	日		
名 1	8—12 14—18	8—12 14—18	8—12 14—18	8—12 14—18	8—12 14—18	8—12 14—18	休	办公室, 部分治疗	
名 2	白	夜	下	白	夜	下	白	白班 8—18	
名 3	夜	下	白	夜	下	白	夜	夜班 18—8	
名 4	下	白	夜	下	白	夜	下	没休息	

在卫生院病房较少和护士缺额的情况下, 每天可设 1~2 名护士负责病人的全部护理工作。夜班护理工作可由全院护士轮流值班。但必须做好交接班。

(2)病人、病室环境管理: 建立生活管理和各种必要的管理制度。按护理级别和需要对病人进行指导和帮助。做好重病病人的清洁卫生, 指导卫生员做好病室整洁、通风等工作。病室内设施应简单, 设置达到规格化, 给病人创造安静、整洁的治疗休养环境。加强对探视和陪护者的管理, 以保持良好的秩序, 及时收集病人对医疗、护理、饮食等方面的意见。对自带被褥者要做好管理工作。

(3)物资设备管理: 建立各种物资管理制度, 并指派专人负责对药品、器械、被褥等物资设备进行保管、保养及维修, 以保证工作需要。有计划地领取物品, 做到不积压、不浪费、不丢失、帐物相符。

(4)处置室管理：严格执行处置室规章制度，进入室内要穿工作服、戴工作帽和口罩，室内物品做到五定。各类物品、制剂等要分类放置，标签显明，字迹清楚。毒麻药柜应上锁保管，有严格的交接班手续。无菌柜内只能盛放无菌物品，要严格区分清洁、污染或有菌、无菌区域。按期更换无菌镊子缸和消毒液、注射器和其它物品，使用时做到“五个一”，用后采用二步消毒法。处置、操作前要洗手。室内要有紫外线空气消毒装置。有条件的中心卫生院每日进行空气细菌培养。

4.门、急诊管理要求

(1)注射室管理：设有规章制度。操作时要衣帽整齐，戴口罩、洗手。按注射票做好查对，操作达到正规、准确、安全，操作技术熟练，并熟悉药物作用、不良反应及配伍禁忌。注射器也要做到“五个一”，用后采取二步消毒法。青、链霉素试敏液要新鲜配制。室内要严格区分清洁区和污染区。每日最少进行空气消毒两次。

(2)抢救室管理：严格执行抢救规章制度。抢救用药、器械、物品做到五定(定物、定数、定位、定人保管、定期检查维修)。护士应熟练掌握基本抢救技术，备齐抢救物品，配合医生迅速、准确、有条不紊地进行抢救，抢救药品使用前要经医生核对。做好抢救记录。抢救室应减少人员流动。每日进行空气消毒，抢救病人时严禁无关人员进入室内。

(3)观察室管理：严格执行观察室规章制度。凡急诊留院观察者应根据医嘱收入室内，做好登记。值班护士要按医嘱进行治疗和护理，严密观察病情变化。各班之间执行交接班制度。主动向病人和家属做好卫生宣教。

(4)换药室(处置室)管理：严格执行无菌技术操作原则和各项规章制度。室内器械物品做好“五定”。做到无交叉感染。每日更换洗手消毒液、无菌器械钳、镊及消毒液，每周更换药品罐(瓶)、器械缸。严格区分无菌、非无菌物品、器械，并分别放置。无菌敷料、器械灭菌日期超过一周应重新灭菌。换药前后应洗手消毒，操作时动作轻柔、细微，处理伤口应按无菌、污染、化脓等先后顺序进行。协助医生做好小缝合、切开及特殊换药等处置的准备和配合，认真观察病情。室内每日两次进行紫外线空气消毒。特殊感染敷料要焚烧，器械应单独存放及妥善处理。

5.手术室管理要求 手术室应有健全的规章制度和操作常规。手术室护士要熟悉常见疾病的理论知识。具备熟练的业务技术，严密的科学作风，严格的无菌观念和团结协作精神。器械室内各类器械要摆放整齐，固定位置，专人保管，器械用后按常规处理、保养并及时维修。无菌敷料包要专室或专柜放置，注明灭菌日期。超过一周应重新灭菌。洗手液要确保有效浓度，每日测量浓度并做好记录。关腹、关胸前要核对纱布、器械。各手术间、器械敷料室要做到无尘、无蝇、无虫。要有紫外线消毒设备，每日进行空气消毒。定期封闭，每日进行室内空气、器械和术者洗手后的细菌培养，菌落数应达到省内规定标准。特殊感染病人术后，室内要进行封闭消毒，接触过病人的物品要特殊处理。室内应设专用鞋，进入无菌区内要更鞋、更衣、戴帽子和口罩，外出时换鞋，严禁穿手术衣外出。

6.供应室管理要求 在农村卫生院护士数量不足的情况下，供应室工作可由手术室护士兼任，根据卫生院规模，一般以1~3人为宜，负责全院消毒供应工作。

(1)要有完善的规章制度及各种操作常规。

(2)经常保持室内整洁，定期清扫，无菌室内每日进行一次紫外线照射消毒。

(3)严格区分污染、清洁物品、器械和敷料。

(4)无菌物品保存有效期为一周，超过日期应重新进行灭菌后方可使用。定期作无菌物品细菌培养。

(5)凡属传染病和特殊感染病人用过的器械，应先经科室消毒处理后，再送供应室与一般器械分开处理。

(6)定期下科室核对物品，帐目，听取意见，改进工作。

(7)高压灭菌器(锅)要定期检修，保养及效能测定。

7.临床营养及饮食要求 营养饮食是人们在生活中所必需的。临床营养饮食的治疗与护理是医疗中不可缺少的一部分，它如同药物一样处于重要地位。在医疗工作中由于疾病不同、诊断各异，制定的营养饮食种类也很多。合理供给营养饮食可以加速机体的恢复和抗病能力。调整病人饮食可起到治疗作用。如糖尿病病人控制碳水化合物；肾病患者限制盐的摄入；高血压病人限制脂肪与胆固醇类食物的摄入等。根据疾病的不同时期可给予普通饮食、半流食、流食等饮食。

(1)卫生院、中心卫生院应根据病人病情的需要开设营养饮食食堂。营养护士可由病区护士兼任，开展饮食治疗。

(2)病人在住院期间不能自己做饭，某些与饮食治疗有密切关系的疾病，尤其要加强病人的饮食营养与护理。

(3)应根据疾病的需要正确给予病人所需要的饮食。对于病人应进而未能进入的饮食，或者未按时投给者，应按未投给药物一样对待，视为差错。

(4)饮食治疗必须和一般护理、药物治疗以及外科手术等治疗相配合。如果擅自错误给予不适当的饮食，造成不良后果者，应定为差错或事故。

(5)投给治疗饮食时，要使病人了解治疗的目的，使病人相信所配制饮食的合理性及遵守饮食制度的必要性。

(6)进行饮食治疗时，要力求配制合理，并应听取病人意见，根据病人嗜好，变换食谱种类、花样以及烹调方法，有利于刺激病人食欲增进饮食。

(7)营养护士必须熟悉所开设的营养饮食项目，必要时可至上级医院学习提高。

第七节 康复医疗管理

一、康复医学概述

1. 康复医学的含义和作用 康复的原意是“恢复”、“恢复到原来正常或良好的状态”。1981年世界卫生组织的康复专家委员会对康复定义为：“康复是应用所有的措施，减轻残疾和残疾带来的后果，使残疾和残疾者能够重新参加到社会生活中去。”可见现代康复的特点是要求整体的康复，它包括医学康复、职业康复、社会康复和心理康复，而其中的医学康复是基础。

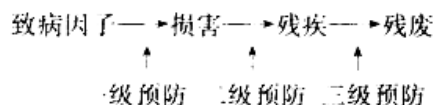
康复医学是一门新兴的独立学科，是由为解决康复问题进行服务的各种医学科学技术综合而成，涉及基础医学、预防医学、临床医学、物理医学、疗养学及社会医学等多学科，服务内容主要包括对残疾的预防，降低临床伤残程度，致残后功能的提高和恢复等。

康复医学是社会、经济发展的产物，是人们对医学科学发展的必然要求。它在服务对象、治疗目标和使用手段等方面与预防医学、临床医学既有联系又有区别，因此有人称其为“第三医学”。康复医疗是“从病床过渡到工场的桥梁”，是现代化医学不可缺少的组成部分，随着我国“四化”建设的发展，广大农村居民生活条件的改善，康复需求将日益迫切。

(1)从社会效益来看：一是人口结构发生了变化，老年人越来越多；二是工业、交通事故增多，环境污染加重；三是疾病结构发生了变化，由病伤引起的死亡减少了，而留有功能障碍生存下来的人则越来越多；四是生活水平的提高，人们逐渐认识到，医护人员对患者的职责并不能在患者的急性损伤和疾患得到了医治就宣告结束，只要还未教会患者能“用其残体去生活和工作，就不能认为对患者的医疗护理是完全彻底的”。

(2)从经济效益来看：通过对残疾者的康复治疗，可最大限度地恢复其功能，有的可以做到生活自理，有的可以参加力所能及的劳动和工作，有利于减轻残疾者本人、家庭和社会的经济和精神负担，有利于促进生产的发展，而忽视康复医疗会使许多不太严重的残疾者继续恶化，甚至发展到严重残疾和完全依赖别人的地步，这样从社会、经济方面为之付出的代价是很沉重的。

(3)从技术效益来看：康复医学认为，疾病的模式及与其相对应的医学手段是：



其中：一级预防措施主要采用预防医学和早期康复，二级预防措施主要采用临床医学和早期康复，三级预防措施就是康复。这一方面说明在疾病的发生、发展全过程中都需要康复，另一方面说明康复医学必须与预防医学、临床医学相结合，从而共同得到发展，促进医学科学的进步。由于康复的过程和效果，涉及心理因素、社会因素和现代科学成果(生物工程、电子仪器)等，因而也必然促进医学心理学、社会医学和其它有关学科的

应用、发展。

康复医疗效果也确实很明显，美国纽约大学康复医学研究所 1976 年分析统计，截瘫和四肢全瘫的青年伤残者，经过治疗，康复，有 53% 能够回到学校或参加工作，到 1980 年，已达 83%。

2. 康复医学的发展简史 康复医学在国内外已有悠久的历史。但作为一个系统的专业，则是为了适应战伤残疾的需要，以物理疗法和整形矫治为康复手段，兴起于第一次世界大战，而迅速发展于第二次世界大战以后。欧、美、日本等国相继设置了各种不同类型的康复机构，康复医疗手段也不断得到丰富，逐渐形成了康复医疗体系，成效显著。1970 年国际康复医学会成立，并积极开展学术活动。近些年来，各国都很重视发展康复医学。

现代康复医学在我国起步较晚。新中国成立后，在许多疗养院，荣军医院和综合医院的理疗、体疗科等不同程度地开展了一些康复医疗，陆续举办了理学疗法，体育疗法等训练班。自 1982 年开始作为现代康复医学体系而得到重视和发展，建立了一批康复中心、康复医院，成立了中国康复医学研究会，开始了康复工程等研究，少数医学院校还设置了康复医学课程或讲座。

但是，我国传统医学中的康复思想却源远流长。早在两千多年前的《内经·素问》中就有关于康复的内容，经过历代的充实、发展，逐渐形成了一门既有理论指导，又有临床实践价值的中国传统的康复医疗方法。它以整体观念、动静结合与食药并重作用使病人得以康复的根本原则。其所采用的一些康复医疗手段，如针灸、按摩、气功等，对世界医学也产生了相当大的影响。

3. 康复医学的范围和对象 康复医学在其发展过程中，康复的范围和对象早已不是局限于战伤残疾者及其功能恢复。按康复对象和病种的不同，康复医学可分为老年康复学、儿科康复学、骨科康复学、心脏病康复学、神经科康复学、肿瘤康复学及盲、聋人的康复等等。虽然康复的范围非常广泛，但对一些不可逆的病变，恢复潜力非常有限，甚至无法接受康复手段训练。予以康复医学研究的对象主要有：

(1) 身体有残疾和精神障碍者：身体残疾，包括运动器官、视觉和听觉器官、循环和呼吸等内脏器官的残疾；精神障碍则分为智力迟钝和精神疾病。

(2) 老年人：现代的康复手段也适用于老年人，老年人体衰、多病，越来越需要康复的帮助。

(3) 慢性病人：某些慢性病人，手术后及某些疾病达到恢复期的病人。此外，近年来对一些疾病的急性期，也采用康复医疗的某些方法，如急性心肌梗塞的早期下地活动，四肢骨折的早期功能锻炼等。

4. 康复医学的内容和手段 康复医学是一门跨学科的应用医学。它以运动学、神经生理学为理论依据，在物理治疗、医疗体育和整形外科的基础上，配合应用作业治疗、语言矫治、心理治疗、假肢和矫形肢具的装备等，对伤、病、残者进行多科性的综合治疗。我国传统医学中的康复手段正日益被国内外康复工作者重视、研究和推广。近年来，由于医学生物工程学、电子学的进步，用于功能检查和康复的电子仪器不断涌现，使康复医学的发展获得了新的动力。

康复医学的内容包括两大部分，即功能测定和康复医疗。

功能测定的项目主要有：电生物学诊断(如肌电诊断、神经传导测定等)、心肺机能诊断、代谢及有氧活动能力测定、运动学方面的测定(如肌力、柔韧度、关节活动度、步态分析等)、就业能力鉴定。

康复医疗的主要手段有：

(1)物理治疗和医疗体育 常用的包括医疗体操和运动、电刺激、超声、水疗、冰疗、热敷、光疗、蜡疗、磁疗、牵引、生物反馈等；我国传统医学及中西医结合的康复手段，如针灸、按摩、气功、正骨、太极拳、电针、激光针灸、穴位磁疗、中药离子导入等。

(2)作业疗法 可分为：1.日常生活动作，如衣、食、住、行的基本技能；2.职业性劳动动作；3.工艺劳动动作(如泥塑、编织等)。

(3)语言矫治 对失语、口吃、听觉障碍的患者进行训练，尽可能恢复其听说能力。

(4)心理康复 包括对残疾者和慢性病患者进行心理测定和心理治疗。

(5)康复工程 即应用电子、机械、材料等工艺为残疾者设计和制作假肢、矫形器、特殊用器，以弥补其功能不足；或为康复医学的诊疗而设计和制造特殊的器具。

(6)营养治疗 针对病残者的身体情况，拟订合理的膳食和营养食谱。

(7)临床康复 即应用药物和护理手段，对住院的康复患者进行必要的临床处理，以减轻症状、预防并发症和促进功能恢复。

二、康复医疗管理的内容及要求

康复医疗管理就在于要充分利用管理的功能，尽快发展康复医疗事业。由于康复医学是一门新兴的综合医学科学，而我国又是一个发展中国家，康复事业是在人口多、底子薄、经济文化比较落后的基础上建立和发展的，因而，加强康复医疗的科学管理，对促进我国康复医学的发展有着极其重要的作用。

1.明确发展康复医疗事业的指导思想 我国的康复医疗事业必须坚持社会主义方向，以社会效益为唯一准则，全心全意为伤残者服务。必须贯彻预防为主的思想，既要求康复工作者在医疗活动中积极采用伤残的三级预防措施，又要利用各种形式，宣传康复医学，把康复知识交给伤残者、交给群众，让他们自己起来和疾病作斗争，克服伤病致残带来的困难，把康复服务投向社会、投向基层、投向农村。必须充分发挥祖国医学在康复医疗方面的优势，注意吸收国外先进适用的现代康复医疗技术和管理方法，走中西医结合的道路。

2.制定康复医疗事业的发展规划 发展康复医疗事业要从实际出发，和当地的社会经济发展相协调；要动员社会各界的力量，努力扩大康复医学的影响；要定期制定发展规划，并监督、检查规划的实施。对康复医疗机构的设置，规章制度的建立，人员、仪器的配备，房屋建筑，环境美化及患者的生活等等均要符合伤残康复的需要，为“四化”建设服务，也要有利于医学科学的进步。

3.提高康复医疗质量 应使广大康复工作者明确康复效果是目的，树立质量第一的观点，不断提高康复医疗质量，努力形成自己的专科特长。为此，要重视适用于康复医

疗的常规管理和开发管理。常规管理是指采用建立健全各项规章制度和技术操作常规,包括条件允许时实行康复治疗小组负责制等方法,来保证康复医疗质量。开发管理是指通过各种途径不断提高康复医疗技术水平,可包括培训提高、新技术、新设备引进,情报资料的充实和供应,以及康复研究工作的开展等。康复医疗管理要力求以最小的消耗获取最大的社会、经济效益。

4.加强康复医疗协作 科学技术协作是现代医学发展的重要需求,康复医学这门新兴的综合医学科学更需如此。在加强康复医疗机构内部各科协作的同时,要重视康复医疗机构之间、康复医疗机构和康复研究机构之间的协作,建立健全逐级指导和转诊关系,以保证康复医疗的正常进行和康复质量的不断提高。

5.推广家庭康复病床 详见《家庭病床管理》一节。

三、发展农村康复医疗事业

随着农村经济体制改革的深入发展,农村的经济和文化水平的日益提高,农村居民对医疗卫生保健的需求也发生了变化。人们希望不生病,能预防疾病的发生;万一生了病则能迅速好,避免伤残;即使伤残了,也尽量做到残而不废。要适应这种新的需求,必须尽快发展农村康复医疗事业。

发展我国农村的康复医疗事业是完全可行的。我国有优越的社会主义制度,有初具规模的农村三级医疗保健网,有在农村应用广泛、疗效明显的传统医学中的康复医疗手段,有国外康复医学成就及社区康复的借鉴,逐步发展农村康复医疗事业是可以办到的。近几年来,在城市兴办部分康复医疗机构的同时,一些农村地区如上海郊区、无锡县硕放乡等也陆续办起了一批中小型的康复医疗机构,并取得了良好的社会、经济效益。这些康复机构有国家办的,也有群众集资办的,有当地县乡政府办的,也有城乡联合协作办的,形成了多渠道、多形式、多层次的发展趋势。为发展农村康复医疗事业提供了宝贵的经验。

发展农村康复事业的重点,是搞社区康复。残疾者并不是所有的都需要住院治疗。根据统计资料,70%的残疾者可在基层社区进行康复医疗,有20%要在一般医院、依靠一般医务人员进行康复医疗,只有10%残疾者的确需要在专门化的康复中心或医院进行。这是因为大多数伤残者的情况并不复杂,也不需要高、精、尖的仪器才能解决问题,譬如说生活上的自理、在家中能够走动、做一点家务、能跟别人语言交流等等,使得伤残者参加到家庭生活、社会生活中去。这些问题都可以在农村基层得到解决。

发展农村康复医疗事业,应着重注意以下几点:

1.充分利用农村三级医疗保健网 在多种形式发展农村康复医疗事业的过程中,要充分利用农村现有的卫生工作体系,充实、发展县、乡、村三级医疗保健网,使之具有预防—保健—医疗—康复这个完整的现代卫生保健功能。

(1)县卫生局应根据全县的具体条件和卫生工作情况,制订出康复事业的发展规划(包括机构设置、人才培养、宣传教育等),调动各方面的积极因素,努力创造条件,推广简便、易行、有效的康复方法。县医院应设立康复科或将原有的理疗、体疗科加以充

实、提高，成为物理医学与康复科。康复病床是否设置要从实际需要出发，但都应积极开展家庭康复病床工作，努力提高康复医疗质量，成为全县康复医疗的技术中心，担负起基层康复人员的培训和业务指导工作。

(2)乡卫生院也应把发展农村基层康复医疗事业列为工作内容的重要组成部分。逐步培养和配备专职人员，可由理疗、体疗、中医、针灸、按摩等人员中加以培养，使他们一专多能，成为康复医师(士)，能做出康复医疗计划，以及对病伤残者的训练、观察、管理，也可对基层的康复医疗情况进行监督和指导，并积极开展家庭康复病床工作。

(3)村卫生室的医务人员也要学习和掌握一些康复医学知识和训练方法，要和病残者本人和他们的家属，以及任何愿意提供康复服务的人合作，做好初级保健中的康复医疗工作。

2.积极培养康复人才 我国农村医疗技术人员的康复医学知识普遍不足，发展农村康复医疗事业必须加速人才的培养。除了国家应有计划地培养和输送康复专业人才外，农村医疗卫生机构应积极采取措施，通过多种途径和办法，组织现有人员学习康复医学知识，提高康复医疗水平。

3.采用中西医康复手段 既注意吸收国外的先进经验，又充分发挥中医药学的优势，对发展我国农村康复医疗工作更为需要。中医药学在康复医疗方面积累了许多宝贵的经验和独特的方法，如气功、按摩、针灸、正骨、中草药热敷、太极拳等，简便、有效，易于被农村伤残者接受，易于推广，我国应该努力发掘、整理，结合现代康复医疗手段，为广大农村伤残者服务。

4.宣传普及康复知识 广大农村居民对康复医疗的作用、具体方法相当生疏，对发展康复医疗事业的重要性、迫切性缺乏应有的重视，我国应该采取多种形式，如利用各种报刊、广播、卫生宣传画廊、深入病残者家庭等宣传康复医学的作用，普及康复知识，推动农村康复医疗事业的发展。

第八节 家庭病床管理

一、家庭病床的定义

凡以病人家庭为医疗场所，由医疗单位派出医务人员，为其提供与住院病人基本相同的计划治疗、护理和康复而建立的病床，称为家庭病床。

二、家庭病床的任务与作用

1.家庭病床的意义 家庭病床是医疗卫生工作中的一项重要改革，是建设精神文明和建设具有中国特色的社会主义医疗卫生事业的重要组成部分。许多疾病特别是慢性病、老年病和各种残疾，可以在家里得到治疗和康复。发展家庭病床有利于扩大预防，扩大卫生服务，是得民心、顺民意、社会效益显著的好事。

2.家庭病床的收治范围、对象

收治范围：本着方便群众、就近医疗的原则，凡乡、镇卫生院所在地及周围农村的居民，均属于建床范围。

收治对象：农村卫生院应根据自身的医疗条件和技术水平确定收治对象，一般是：
①需要住院，但有困难而病情允许在家庭医疗者；②经过住院治疗或门诊观察处置后，诊断明确，病情稳定，仍需继续观察治疗、恢复者；③病情适合在家庭医疗的老年病、多发病患者；④老弱病残连续去医院就医有困难者；⑤晚期肿瘤需要支持治疗和减轻痛苦的患者。

三、家庭病床的组织管理与业务管理

1.建立健全规章制度，实行科学管理 为了保证家庭病床工作的惯性运转，做到科学管理，优质服务，必须建立切实可行的规章制度。

2.家庭病床工作考核内容

(1)服务态度：考核医疗作风、服务态度及劳动纪律。

(2)工作数量：完成建床指标、查床巡视次数和必要的检查、治疗次数。

(3)工作质量：①符合规定的收治范围；②病历书写符合要求；③诊断正确，治疗及时，用药合理；④无差错事故；⑤执行收费标准，不增加病人经济负担；⑥严格执行各项诊疗制度，统计资料完整。

3.加强领导，落实措施

(1)组织领导：在卫生院院长的领导下由医疗组长具体组织实施，或由预防保健组长结合所管预防保健工作一起抓，定期检查总结家庭病床工作。中心卫生院或住院病人较多的乡卫生院，可成立家庭病床组。

(2)队伍建设：为了保证医疗质量，保持家庭病床的信誉，必须指定工作责任心强、作风正派、身体较好、有一定临床经验的医护人员承担。并经常组织他们学习临床医学、预防医学和康复医学知识，以不断提高其业务素质。

(3)培训家庭护理员：家庭病床的医务人员，不可能时刻守护病人，大量的一般护理工作要由病人家属承担。因此，必须针对病人情况，举办家庭护理训练，使家属掌握一些必要的医学、心理学和护理知识。主要是如何进行生活护理，注意室内温度、湿度及空气调节，了解精神状态、生活、饮食习惯与患者疾病的关系；如何进行康复锻炼，如按摩、功能锻炼、护理操作示范；如何掌握必要的应急处理和传染病的隔离消毒知识；如何注意精神卫生，做好思想工作，鼓励病人树立战胜疾病的信心。

(4)器械装备：家庭病床组应配备必要的小型诊疗设备及药品。如出诊包、血压计、听诊器、体温计、注射器、针灸针、手电筒、氧气袋等，以及公用自行车等交通工具。

第四章 社会卫生工作管理

第一节 实现“2000年人人享有卫生保健”的目标

“2000年人人享有卫生保健”是世界卫生组织于1977年提出的全球卫生工作的战略目标。这一战略目标已为各成员国所接受，许多国家都制订了规划，为实现这一目标而努力。我国是世界卫生组织成员国之一，赞同和支持这一战略目标。

一、“2000年人人享有卫生保健”战略目标 目标的产生背景及其含义

1977年5月第30届世界卫生大会通过的第30、34号决议中提出：各国政府和世界卫生组织在未来数十年内的主要卫生目标是：“到2000年使世界全体公民在社会和经济生活两方面都达到最有效的那样一种健康水平”。一般习惯的说法就是“2000年人人享有卫生保健”。

1.历史背景 世界卫生组织在自己的宪章中宣告：“享受最高标准的健康是每个人的基本权利之一”，“各国政府对其人民的健康负有责任，只有制订适当的卫生和社会措施才能完成任务。”该组织经多年调查，认为许多国家的卫生保健状况和社会经济状况都不能令人满意。存在的问题，主要有如下几个方面：

(1)居民的生存条件恶劣。根据世界卫生组织的调查报告，在发展中国家里，大约有8亿人生活极端贫困，他们的收入太低，不能保证基本的营养，也得不到为维护健康和生命所必需的卫生服务。世界卫生组织引用联合国粮食及农业组织和世界银行当时的估计时说，全世界大约有45000万人的食物不足以维持其基本生存的需要量；相当数量的人在贫困和饥饿中过着朝不保夕的生活。在发展中国家，大约只有不到三分之一的人口能够得到清洁的饮用水。全世界约有10亿人口得不到安全的饮用水。当时全世界154个国家中，有70多个国家的人口平均寿命不到55岁。有50个国家的婴儿死亡率在100‰以上，最高的竟达到200‰。成千上万的妇女在孕产期得不到最起码的照顾和卫生服务。

(2)贫穷病、富裕病、社会病的威胁严重。在发展中国家传染病、寄生虫病威胁着人们的生命并继续造成严重后果。每年因传染病死亡，因脊髓灰质炎而致残，因腹泻病而丧命的各有数百万人。在发达国家，心脑血管病的死亡率约占全部死因的50%，癌症占20%，意外事故10%，这些疾病的发生率在发展中国家也在上升。近些年来，精神病、酒精中毒及滥用毒品等社会性疾病也不断增长，由吸烟和环境污染导致的癌症，如肺癌的发病率和死亡率不断上升。

(3)受教育的机会不均衡，文化教育不普及。工业化国家成人的识字率几乎为

100%。但有些不发达国家的识字率只有 20% 左右，妇女识字率仅占 10% 左右。1977 年，收入低的国家有近 80% 的成年人没有受过教育，即大约有 8 亿是文盲，占世界人口的五分之一。只有 40% 的儿童能念完小学三年级的课程。教育的普及程度与社会经济状况及个人收入有关，而受教育的多少，又直接影响卫生保健工作的开展。由于文化水平低，许多人不懂得自我保健和家庭卫生保健，也不能自觉地积极参加社区卫生保健活动。

(4) 经济状况差。世界相当范围的地区，主要是第三世界，大部分人仍然贫困，而持续性的贫困是卫生设施得不到改善和疾病流行、营养不良、死亡率高的主要根源。社会经济因素和健康状况以及卫生水平是密切相关的。当一个国家极端贫困，缺乏基本的卫生设施，就很难谈到那里的人民会获得健康。据世界卫生组织 1977 年材料，人均国民生产总值在 200 美元以下的有 12 亿人。在这些人中，处于饥饿和严重营养不良之中的就达总人数的 $1/3 \sim 1/2$ 。人均国民生产总值不到 75 美元的约为 7.5 亿人。最不发达的国家，年人均国民生产总值只有 1.7 美元。全世界失业人数大约有 3 亿，在 70 年代中期，发展中国家的公开失业率大约为劳动力的 5%。至于半失业和因收入不足，不能满足基本需要的则更为普遍。大量事实表明，居民的健康状况，特别是期望寿命和婴儿死亡率与经济发展水平，有着密切的关系。

(5) 卫生资源分配不合理。多数国家缺少卫生保健机构，特别是广大农村、牧区和山区的问题尤为突出。据调查，发展中国家有 68% 的人口得不到基本的卫生保健服务。卫生资源大部分集中在城市，而又主要是为少数富有的人服务。据 1975 年调查，在最不发达的国家约 4 亿人口的地区中，每 10 万人口中卫生技术人员不到 50 人。

在发达国家 5.4 亿人口的地区，每 10 万人口占有 750 多名卫生技术人员。许多国家卫生技术人员的分布不平衡，城、乡之间差别明显，有的国家每名医生在农村的服务人口比城市多达 10 倍，此外，还有卫生经费不足，计划管理工作不协调，社会经济部门合作不够等等。

(6) 人口剧增和老化。据联合国 1977 年人口统计年鉴，在 70 年代，世界人口以 1.9% 的增长率迅速增加，1977 年时人口已超过 40 亿，而 1970 年只有 36 亿，预计到 2000 年世界人口总数将增加到 60 亿。值得关注的是大多数发展中国家的人口增长率超过 2%。有 30 个国家的人口增长率达到 3% 或 3% 以上。他们的人口数占 1976 年世界总人口的 8.2%。这么高的增长率，就意味着他们的人口在 20~23 年内要增加一倍。人口增多，使人口密度不断增加，人均占有土地面积不断减少。而另一方面，人口年龄结构又在发生变化，到 2000 年世界老年人将从 22800 万人增加到 39600 万。人口的剧增和老化给卫生工作带来了新的课题。大量的婴儿和儿童需要喂养与照顾，其后又将需要受教育，需要寻找工作，需要提供卫生和医疗保健服务。老年人也需社会给以赡养和照顾。

除上述情况外，世界卫生组织还受到中国卫生工作成功经验的启发，早在 1975 年，世界卫生组织总干事马勒先生曾到中国进行过考察，看到中国农村卫生保健组织比较健全，服务宗旨明确，医疗卫生工作开展的比较深入，居民的健康水平有了显著提高，产生了想把中国初级卫生保健的经验推广出去的想法，于是形成了“人人健康”的设想。1977 年将这一设想提交世界卫生大会讨论，被确定为未来数十年内的全球卫生战

略目标。

2.“2000年人人享有卫生保健”的含义 1981年世界卫生组织第34届卫生大会通过的《2000年人人健康策略》一书中，对“2000年人人享有卫生保健”的含义做了明确的解释，即：人人享有卫生保健，不是一个单一的、有限的目标，它是一个使居民健康水平逐步改善和提高的过程。每个国家可按其社会经济特点、卫生状况和居民的患病类型及卫生系统的发展状况，尽力改善其人民的健康状况，以达到最高可能的健康水平。但是，任何一个国家都应达到一个基线，即到2000年时，所有人民都能享受到基本的卫生保健，都能达到在社会和经济生活方面富有成效的那种健康水平。这种健康水平系指，能够健康地有成效地进行工作、学习和生活，能够积极参加所在社区的社会生活。而不是指到2000年，医护人员将为世界上每个人治疗全部已有疾病，也不是指到2000年时不再有人生病或成为残疾。根据该书的论述，“2000年人人享有卫生保健”还包含有以下几层意思：①健康应从家庭、学校和工厂开始，人们将运用比现在更好的办法去预防疾病，去减少不可避免的疾病和伤残的痛苦，并且通过更好的途径进入成年、老年，并优雅地死去；②在居民中应均匀地分配卫生资源，所有个人和家庭在能接受和能提供的范围内，通过其充分参与，将享受到基本的卫生保健；③提高自我保健能力，使人们懂得如何依靠自己的力量去摆脱可以避免的疾病所造成的痛苦并明白疾病不是不可避免的。

二、实现“2000年人人享有卫生保健”的具体要求

根据“2000年人人享有卫生保健”的总目标，世界卫生组织于1980年又提出了供各国根据各自的社会经济和卫生状况应加以考虑的10项具体要求：

- (1)每个国家的所有人至少已经使用基本卫生保健和第一级转诊设施；
- (2)所有人在其可能的范围内积极参加本人及其家庭的保健工作，并且积极参加社区的卫生行动；
- (3)全世界和社区都能同政府共同承担对其成员的卫生保健责任；
- (4)各国政府对其人民健康都能承担起全部责任；
- (5)全体人民都有安全的饮水和环卫设备；
- (6)全体人民都得到足够的营养；
- (7)所有儿童都做抗主要传染病的免疫接种；
- (8)发展中国家传染病在公共卫生学上的重要程度到2000年不超过发达国家1980年的程度；
- (9)使用一切可能的方法，通过影响生活方式和控制自然及社会心理环境，来预防和控制非传染性疾病和促进精神卫生；
- (10)人人都得到基本药物。

上述是共同要求，各个国家可根据本国的社会和卫生状况，制定适用于本国的近期、中期和远期的具体目标。

三、“2000年人人享有卫生保健”的评价指标

为了检查评价各国实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标的进展情况，1981年世界卫生组织提出了评价人人享有卫生保健策略的12项指标。这些指标是对所有各国都能够使用的最低限度的要求，各国根据本国的实际情况可另订一些指标。这些指标是：

(1)人人享有卫生保健策略已得到政府认可并作为官方最高一级的政策，即以宣言的形式发表国家元首承担的义务；平均分配卫生资源，社区积极参加；为国家卫生发展建立一个适宜的组织体系及管理程序。

(2)已经建立有人民群众参加的能实施上述规划的组织机构，各政党和社团代表，如工会、妇联、农民或其它团体能积极参加。对于卫生事宜的决策权，充分下放到各个行政级别。

(3)至少有5%的国民生产总值用于卫生事业。

(4)有一个适当比例的卫生经费用于地方卫生事业，即用于除医院以外的第一级接触，其中包括社区卫生保健、卫生保健中心、保健诊所等。

(5)资源分配公平，即不同人口组成、地理区域、城市与农村的按人口的经费，以及从事初级卫生保健的人员和设施的分配大体相同。

(6)发达国家的卫生经费至少有0.7%转拨给发展中国家，用以支持它们的人人享有卫生保健策略。

(7)全体居民都享有初级卫生保健，至少达到以下要求：①在家中或步行15分钟的距离之内有安全的卫生水，并且在家中或在邻近地方有适当的卫生设备；②所有儿童都做抗白喉、破伤风、百日咳、麻疹、小儿麻痹和结核的免疫接种；③在步行或坐车1小时行程距离以内有当地的卫生保健机构，包括得到不少于20种的基本药物；④有经过培训的人员接生，1周岁以内的儿童得到护理。

(8)儿童的营养状况，90%以上的新生儿体重要至少达到2500克；90%以上的儿童体重要符合《营养影响的测定》中所规定的各年龄组的体重标准。

(9)婴儿死亡率要降到50%以下。

(10)人均期望寿命在60岁以上。

(11)成年男女的受教育率超过70%。

(12)人均国民生产总值超过500美元。

根据世界卫生组织法规定，各会员国有义务向世界卫生组织报告工作进展情况。世界卫生组织确定，从1983年起，每两年公布一份2000年人人享有卫生保健工作情况的进度报告，每6年在全球进行一次评价。

世界卫生组织十分重视“2000年人人享有卫生保健”这一战略目标的实施，在这一口号正式提出后，多次在世界卫生大会上讨论了有关问题。如1982年第35届世界卫生大会通过了人人享有卫生保健全球策略的行动计划；1984年第37届世界卫生大会的讨论会又专门研究了大学在人人享有卫生保健策略方面的作用问题；1985年第38届世界卫生大会的主题是在贯彻人人享有卫生保健全球策略方面与非政府组织的合作，号召各国非政府组织切实献身于贯彻“2000年人人享有卫生保健”的策略。

四、实现“2000年人人享有卫生保健”战略 目标的关键是搞好初级卫生保健

1.初级卫生保健的提出 初级卫生保健的英文名称是 Primary Health Care, 缩写 PHC。初级卫生保健是总结过去各种保健工作的方法并吸收了一些新的经验而逐步形成的。从 60 年代以后, 人们认识到通过基层卫生机构接触群众, 治疗和预防技术才能充分发挥作用。在 70 年代世界卫生组织又进行了大量调查研究。执行委员会于 1973 年关于基本卫生服务的研究报告中指出, 当前严重的问题是卫生服务不足, 特别是世界大多数人的基层卫生服务缺乏。这份调查报告提出的见解, 为初级卫生保健的实施奠定了基础。1978 年 9 月在苏联阿拉木图召开了国际初级卫生保健会议, 通过了阿拉木图宣言。宣言明确指出, 初级卫生保健是实现 2000 年人人享有卫生保健目标的主要渠道。宣言要求所有的政府制订国家政策、策略和行动计划, 在其它部门协作下发起并持续地开展初级卫生保健。宣言要求采取紧急有效的国际行动, 以便在全世界发展和实施初级卫生保健。

2.初级卫生保健的含义 1978 年 9 月召开的国际初级卫生保健会议报告中, 对什么是初级卫生保健做过如下解释: 初级卫生保健是一种基本的卫生保健工作, 它以实用、科学和社会为基础, 易于接受的方法和技术, 通过居民团体中的个人和家庭的充分参与而得到普及; 其所需费用也是社区或国家在各个发展时期依靠自力更生和自觉精神能负担得起的。初级卫生保健是国家卫生体系的一个不可分割的组成部分, 是国家卫生体系的核心, 也是居民团体和整个社会经济发展的组成部分。初级卫生保健是国家卫生体系同个人、家庭及居民团体发生联系的第一阶段, 它使卫生保健工作最大限度地深入到人们工作和生活的地方, 因而是完整的卫生保健过程的首要因素。

根据上述解释, 对初级卫生保健可做这样理解: ①初级卫生保健是群众乐于接受、费用担负得起, 人人普遍能享有的不可缺少的卫生保健; ②它是最基层的第一线的卫生保健工作, 是卫生部门的核心职能; ③它是各级政府的重要职责; ④是社会经济发展的组成部分, 是精神文明建设的重要内容。我国城市的街道医院, 门诊部(所)、机关、学校、工厂的医务室和居民委员会的卫生站, 农村的乡(镇)卫生院和村卫生室等是主要实施初级卫生保健工作的基层卫生机构, 应予以加强。基层卫生机构和初级卫生保健是两个不同的概念, 基层卫生机构是完成初级卫生保健工作的组织形式, 而初级卫生保健则是它的工作内容, 两者之间既有密切联系又有区别, 不应混同。

3.初级卫生保健的基本内容 初级卫生保健致力于解决居民中的主要卫生问题, 包括预防、保健、治疗和康复。由于各国的经济条件和社会制度的不同, 初级卫生保健的内容和重点可以有所差异, 但至少应包括以下内容:

- (1)对当前的主要卫生问题以及预防和控制的方法进行宣传教育;
- (2)改善食品供应和营养;
- (3)提供安全适用的医疗和改善环境卫生;
- (4)开展妇幼卫生保健, 包括计划生育;
- (5)主要传染病的免疫接种;

- (6) 预防和控制地方病;
- (7) 妥善处理常见病和伤残;
- (8) 促进精神卫生;
- (9) 提供基本药物。

4. 初级卫生保健的基本原则和要求 初级卫生保健是在总结以往卫生服务经验的基础上产生的一种新型卫生保健活动, 有社会和发展两方面的内容, 要求实行以下几点, 即初级卫生保健的基本原则:

(1) 社区参与、多部门协作。初级卫生保健的实施涉及国家, 社区及有关部门。要求在国家的统一规划下, 有关部门密切合作, 首先最大限度地推动个人和居民团体积极参加初级卫生保健的规划、组织和管理, 充分利用本国、当地及其它现有资源。

(2) 合理分配资源。初级卫生保健要求把较多的资源放在预防工作和促进卫生保健的活动上, 放在那些得不到服务的贫穷的民众身上。人们接受卫生服务的机会应该是均等的, 不能忽视农村、城市郊区或某一地区。

(3) 预防为主。初级卫生保健工作重点放在预防疾病和促进健康上, 不应仅仅是治疗工作。

(4) 适宜的技术。初级卫生保健工作的方法和技术, 是既科学又便于普及和推广, 易为广大群众所接受的。

(5) 综合应用。卫生服务仅仅是初级卫生保健工作的一部分, 而初级卫生保健工作还具有营养、教育、饮水、住房等同属人类生活中最基本的和最低的需要的诸项内容。因此, 初级卫生保健不只是单纯卫生服务, 而且是社会经济发展的一个组成部分。

(6) 建立健全转诊制度, 使居民在需要时得到更完善的卫生保健服务。

5. 怎样开展初级卫生保健工作 根据我国和一些国家的经验, 搞好初级卫生保健, 实现 2000 年人人享有卫生保健的目标, 要注意搞好以下工作:

(1) 加强领导, 建立组织机构。领导重视是搞好初级卫生保健的关键。为加强初级卫生保健工作, 有的国家卫生部设立了初级卫生保健局或办公室。我国有些县在县、乡、村逐级建立了初级卫生保健委员会。该委员会一般由主管卫生工作的县长、乡长和村长担任主要领导, 卫生、计划、财政、农业、教育、计划生育等有关部门参加。初级卫生保健委员会, 负责制定本地区的规划, 并组织协调有关部门共同参加实施。

(2) 制定符合本地区实际情况的初级卫生保健概略规划和年度计划 概略规划是人们对本地区在较长时间内的发展方向、目标及措施所做出的科学预测。概略规划一般为五年。年度计划是根据概略规划的总要求, 对本年度工作做出的具体安排。概略规划一般应包括以下几方面内容: ① 一般概况。如行政区划、地理位置, 人口、出生、死亡情况, 工农业生产、人均收入, 文化教育、卫生资源、居民住房、饮水、营养等状况。② 影响居民健康的主要因素。③ 提高居民健康水平的目标和指标。④ 采取的策略和措施。⑤ 实施的单位、人员、进度和资源。⑥ 检查评价, 包括评价的组织, 评价的方法, 评价的程序和评价的指标。

(3) 开展宣传教育, 提高群众的卫生知识水平。

(4) 培训初级卫生保健人员, 包括主管初级卫生保健的领导干部。

(5) 采取多种途径解决初级卫生保健的经费。

(6)加强初级基层卫生组织的建设。不断提高工作人员的管理水平和技术水平。

五、当前我国卫生保健工作的几项主要指标

建国 39 年来，我国卫生事业有了很大的发展，城乡普遍建立了卫生机构，严重危害人民健康的烈性传染病已经消灭，其它传染病的发病率也已大幅度降低，人民的健康水平显著提高。按照世界卫生组织提出的评价 2000 年人人享有卫生保健的 12 项指标衡量，有的已达到，有的还有一定差距。现将近几年几项卫生保健指标的情况介绍如下：

(1)人均国民生产总值。1988 年我国的人均国民生产总值 884.8 元人民币；

(2)卫生经费占国家财政支出的比例。第 6 个五年计划期间，卫生事业费占国家财政支出的比例维持在 3% 左右，1986 年为 2.81%；

(3)卫生资源的分配。城乡间尚有很大差异。据典型调查，城市的人均卫生事业费为 10 元左右，农村为 2.2 元；

(4)饮用安全卫生水情况。1980 年调查全国尚有 5 亿多人(主要农村)饮用不合乎卫生标准的水。近几年来，改水工作有了很大进展，据 1986 年底统计，在八亿四千多万农村人口中，已有四亿三千三百多万人的饮水条件得到了不同程度的改善，改水受益人口为 49.8%；

(5)免疫接种率。1985 年对 12~24 个月龄儿童的典型调查，四苗覆盖率 35.7%。浙江省较高，为 62.28%，内蒙古自治区较低，为 15.37%；

(6)医疗卫生机构普及情况。1986 年底，全国有 87.8% 的村庄设立卫生机构，服务半径在 2 华里内的占 64.6%。全国已设立了 4 万 6 千多个乡卫生院。村级卫生机构可以提供 20 种以上药品，乡级卫生机构可以提供 100 种以上药品；

(7)婴儿死亡率。1981 年第三次人口普查，全国婴儿死亡率为 34.7‰；

(8)人均期望寿命。1985 年人口抽样调查，人均期望寿命为 68.9 岁，男 67 岁，女 71 岁；

(9)成人识字率。1981 年第三次人口普查，我国成人识字率为 64.4%；

(10)妇幼保健工作情况。1986 年全国新法接生率为 94.4%，产妇死亡率由解放前的 150/ 万下降到 5/ 万左右；

(11)每千人占有床位数。医师数，1986 年末平均每千人拥有 2.18 张床位，0.91 名医师。每千人拥有病床数和医师数较印度和泰国高，但较一些发达国家低得多。

第二节 卫生防疫工作管理

一、农村卫生防疫工作的重要性

“预防为主”是我国卫生工作的基本方针。实现“2000年人人享有卫生保健”是我们现阶段(本世纪末以前)的主要奋斗目标。

建国以来,在预防为主的方针指引下,农村卫生防疫工作取得了显著的成绩,从改变农村卫生面貌,减少多种传染病的发生流行方面,积累了丰富的工作经验。但是,距离“人人享有卫生保健”的目标还很远。随着商品经济的发展和农村文化水平的提高,广大农村居民对卫生防病工作的要求在不断提高;特别是随着农村经济结构的变化与发展,村镇建设格局以及人口结构、环境因素、人群疾病构成等变化,给农村卫生防病工作提出了新的任务和课题,需要我们去解决。农村卫生防疫工作的好坏,直接影响着广大农村两个文明建设,同时还影响到城市和国防建设。因此,广大农村卫生人员必须在改革中,把农村居民的卫生防疫工作做好,为创建出具有中国特色的农村卫生防疫工作的新路子而努力。

乡镇卫生院在做好农村卫生防疫工作中负有重大的责任。在现行体制下,农村卫生院是农村三级预防网的中间环节,起着纽带的作用。它是连结县(市)卫生防疫站与村卫生组织的桥梁。农村卫生防疫工作的许多业务活动,都要通过乡镇卫生院进行。所有乡镇卫生院都必须把这项工作承担起来,加强和改善对这项工作的管理,使农村卫生防疫水平随着当地经济文化的进步而不断提高。

二、农村卫生防疫工作的基本任务

农村卫生防疫工作的基本内容广泛,任务繁重。可包括以下内容的工作。

(1)在当地政府的领导下,组织发动群众,深入开展以除害灭病为中心的爱国卫生运动,搞好农村水改粪管,对改善农村卫生状况和群众居住条件进行技术指导。

(2)开展对急、慢性传染病、地方病、寄生虫病、职业病(中毒)的防治与管理。坚持疫情报告制度,做好疫区处理,努力降低发病率和病死率。

(3)做好计划免疫工作。按国家规定对辖区内0~7岁儿童实施卡介苗、百白破、脊髓灰质炎、麻疹四种疫苗的接种。使单苗接种率1988年以省为单位达到85%;1990年以县为单位达到85%。

(4)认真贯彻《中华人民共和国环境保护法》,对外环境的有害因素给人群健康带来的影响,进行卫生学监测。监督有关部门,改善环境污染状况,防止乡镇企业的“三废”对环境的污染;贯彻执行《中华人民共和国食品卫生法》(试行)的各项规定,负责管辖范围内的食品卫生监督工作,协助辖区内有关部门改善集市贸易卫生状况,预防食源性疾病和防止食物中毒事故的发生。深入开展健康教育,普及卫生防病知识,采取各种形式,广泛开展卫生宣传,不断提高农村居民的卫生科学知识水平,对村镇建设及农村居民住宅建设的卫生条件与设施进行卫生学监督和技术指导,使其符合卫生学要求;积极医治农村人民的疾病,掌握农药、化肥中毒的抢救技术,加强对村级卫生组织中的卫生

人员及各行各业从事卫生服务工作的人员进行培训，提高其防病业务水平。

三、开展卫生防疫工作的组织设施

卫生防疫工作具有较强的社会性、群众性、科学性和技术性，对各种传染病的防治又具有较明显的季节性和时间性。因此，必须建立一支政治责任心强、技术水平高、不怕艰苦的专业队伍。

农村乡以下卫生防疫队伍，一般可分三个层次：一是卫生院内部组织。在卫生院内应设防保组。中心卫生院的防保组内应有3~5人分管卫生防疫工作，乡(镇)卫生院的防保组应有2~3人负责防疫工作，乡卫生所也应有1~2人专管防疫。防保组在院长或副院长领导下，负责全乡的卫生防疫工作。二是在村卫生室中，有乡村医生分管卫生防疫，在乡镇企业和学校中设兼职的卫生监督员，负责管理各村、各企业、学校的卫生防疫工作。三是在群众中培养适量的不脱产的卫生员，作为村卫生防疫员和各单位卫生监督员的助手。

这三个层次的业务活动，在县(市)卫生防疫站的指导和管理下，可采取直线联系和横向协作的方式，组成一个网络状的和多功能的有机体。

根据《全国医院、卫生院卫生防疫工作管理办法》(试行)的规定，农村卫生院防疫保健组主要负责所辖地区的下列各项资料的收集、管理、保存：

- (1)历年人口数、人口出生数、死亡数；
- (2)历年各种法定报告传染病的发病数、病死数；
- (3)历年各种生物制品接种率、接种合格率；
- (4)各单位的基本情况；
- (5)其它有关卫生防疫工作的基本情况；
- (6)历年工作计划、年度总结及传染病分析报告书。

四、农村卫生防疫工作管理办法

开展卫生防疫工作的根本目的，是为了改善农村卫生面貌，消灭疾病，消除危害人群健康的有害因素，以保护广大人群的健康。为了提高农村卫生防疫工作效果，必须在管理工作中逐步实现规范化、程序化、制度化、规格化。根据卫生工作方针、任务、要求，使各项卫生防疫工作在一定时间内达到一定的目标和技术标准的水平。

1. 传染病防治工作的管理

(1)疫情工作：包括疫情管理和疫情统计分析两个部分。疫情管理按《中华人民共和国传染病管理法》，对所辖地区各医疗部门及广大医务人员执行法定传染病报告程序的情况进行监督，做到疫情报告及时准确。疫情统计，是将各医疗单位所报告的疫情卡片按规定时间及时统计分析上报县(市)卫生防疫站。

(2)疫情报告要求：凡发现国家规定的法定传染病，必须按规定要求报告疫情，发现甲类传染病病人或疑似传染病病人时，城镇应于6小时内，农村应于12小时内，将疫情报告给县(区)卫生防疫专业机构。发现乙类传染病病人或疑似传染病病人，城镇应

于12小时内，农村应于24小时内报出疫情。

(3)疫情统计要求：按规定，要及时、准确地完成传染病的周、旬、月和年报表的编制，达到数据无差错，上报及时，每季对本地区常见传染病疫情做一次动态分析，并写出书面分析报告，及时上报。

(4)在疫情报告工作中要做到：监督辖区内各医疗单位及个体行医等，认真贯彻《中华人民共和国传染病管理法》，对辖区内的传染病的预防、治疗、控制管理措施进行监督、检查、评价。对一贯认真执行传染病报告制度者给予表彰或奖励，对不认真执行传染病报告制度者，经教育不改或造成传染病扩大蔓延严重后果者，要根据规定并请示上级卫生部门后予以处罚。要建立健全疫情报告组织，在各医疗单位设立兼职或专职疫情报告员，负责疫情报告工作，每月或季度对所辖地区的医疗单位，进行一次疫情报告工作的全面检查。检查内容包括：报告及时率，迟报、错报差错率和卡片、疫情登记等填写的完好率。

(5)要搞好疫情统计工作，卫生院防保组中应有专人管理疫情的统计工作，上级对统计报表要严格执行审批手续防止差错；疫情统计人员，除按时完成各种统计表格外，还应把定期收集本地区人口、出生、死亡等有关资料列为常规，常年积累，建立资料档案，疫情统计人员不仅要掌握常用的卫生统计技术，而且还要掌握流行病学的基本理论、常见传染病的流行特征和防治知识。

(6)疫区处理：凡发现传染病人，要及时妥善隔离治疗，控制传染源的流动，被甲类传染病病原体污染的水、污物、粪便，要在卫生防疫专业机构的指导监督下进行严密消毒处理后排放。对传染病人及疫区，要做好流行病学调查、流行病学分析、疫区处理、传染病管理及其防治措施评价，以及对所辖地区的急性传染病防治计划的拟定和防治工作的总结等。

(7)发病率控制指标，由于我国幅员辽阔，地区条件差异悬殊，多发病种又不尽相同，制定全国统一的发病率控制指标是困难的。一般可根据当地的实际情况，制定本地区的发病率控制指标。

(8)个案调查：对病人的诊断要核实清楚，对传染源、传播途径和传播因子进行调查，划定疫源地范围，对密切接触者进行登记，根据疫点中三环节两因素的具体情况，提出切实可行的防疫措施，对疫点可能的发展趋势做出估计。

(9)暴发流行的调查：先作初步调查，弄清现有病人的大概时间、空间和人群间的分布特征，了解现有病人的主要临床特点，对部分病人进行病史询问、体格检查和采样。根据初步调查，一方面迅速报告上级卫生防疫部门，另一方面迅速做出疾病的初步诊断以及可能引起暴发或流行因素的假设，拟定调查表格，提出进行深入调查所需的人力、物力和财力。然后，在上级卫生防疫部门的指导和帮助下，按统一调查表格，对疫源地的整个人群进行普查，以掌握全部病例在时间、空间和人群中的分布特征，对全部或部分病人(包括轻型病人)进行系统的临床检查和个案流行病学调查，采集样品，确定疫源地的性质，描述疾病的临床现象，对疫区内的环境进行流行病学调查，发现可疑因素，可疑传染源，要详细调查，采集样品，尽可能的查清传染源，传播途径和传播因子，根据调查结果和假设，针对三个环节两个因素，采取综合性措施，扑灭疫情。

2.计划免疫工作管理 计划免疫是一项投资少，效果好，保护儿童健康的重要工

作。当前以推行四种生物制品(麻疹疫苗, 脊髓灰质炎活疫苗, “百、白、破”三联混合制剂, 卡介苗)预防六种病(麻疹, 脊髓灰质炎, 百日咳, 白喉, 破伤风, 结核)为重点。

(1)实施接种工作: 实施接种工作的管理包括两方面: 即接种前的准备工作和接种的质量要求: 1 接种前的准备: (a)指定专人负责疫苗的领取、运输、保管和发放工作。疫苗的领取、运输和发放务求迅速, 防止中途积压, 凡冷藏要求较高的制品要带冰运输和保存。(b)建立疫苗发放专用登记制度, 每次进货和发放时均应详细登记日期、品种、批号、有效期、规格、数量、生产单位、供应单位、领取单位、经手人等项目。(c)对所有参加接种工作的人员进行培训, 使他们明确当次接种的疫苗种类、目的、作用和任务, 掌握制品性能, 接种对象、方法及禁忌症, 掌握各种接种反应的观察和处理方法, 详细核对、抄写接种卡(册)。2 接种的质量要求: (a)接种时应对生物制品认真进行质量检查, 发现过期、批号不清、疫苗变色、安瓿破裂或质变等不得使用。(b)疫苗开封后放置时间为: 活疫苗不超过 1 小时, 灭活疫苗不超过二小时。(c)认真查询接种对象的病史(传染病、过敏、慢性病、皮肤病等)和现在健康状况, 以正确掌握禁忌症。(d)严格执行无菌操作过程, 做到一人一针一管; 卡介苗接种器材必须专用。(e)接种室应明亮、宽敞、清洁。(f)认真做好现场记录。(g)发现异常反应或意外事故, 应及时向上级领导部门报告。

(2)资料工作管理: ①各种预防接种资料应及时登记入册(卡)汇总统计, 按要求逐级上报。②建立健全预防接种基础资料和技术档案——儿童免疫卡(册); 预防接种记录表; 预防接种工作汇总表; 预防接种工作月报, 年报表; 疫苗领入、发出及消耗登记册。③及时掌握所辖地区人口构成及动态资料。④建立健全各类调查资料, 如: 历次预防接种检查记录, 效果考核调查, 异常反应及事故处理资料。⑤及时做好在册儿童及变动时的填卡, 销卡和转卡工作。

(3)质量控制指标: ①接种率: 根据国家规定, 1988 年底, 麻疹活疫苗、脊髓灰质炎活疫苗、百白破混合剂、卡介苗等四种疫苗(菌苗)的单苗接种率以省为单位实现 85%; 到 1990 年以县为单位实现 85%。上述接种率, 均指抽查合格接种率, 即接种的时间、剂量、间隔、针次等项均符合要求, 并有卡片记录。

3.消毒、杀虫、灭鼠工作的管理 为了控制传染病发生和流行, 要有计划地消除环境中的病原微生物; 杀灭主要病媒昆虫, 如: 蚊、蝇、蚤、虱、臭虫、蟑螂等, 并对鼠类等医学动物进行防制。

(1)病家和疫区消毒工作管理: 包括终末消毒, 日常(随时)消毒, 特种单位内消毒工作, 消毒效果监测。

终末消毒, 必须在传染源离开或终止传染状态后迅速进行, 一般不超过 24 小时, 实施消毒时, 按照由外向内的原则, 循序进行, 在必须同时开展杀虫工作的病家或疫区, 应先杀虫后消毒, 要注意安全, 对消毒范围内的水源, 食物及人畜必须做好保护。

日常(随时)消毒, 要根据病家条件布置隔离环境, 监督病人做好相对隔离, 指导、教育和督促病人及其家属做好家庭内的饮食卫生、环境卫生和个人卫生。

特种单位消毒工作, 是指经常性存在或排放病原微生物的单位, 如畜产品加工企业、医院、监狱等, 这些单位的消毒工作由本单位自行负责, 但卫生院卫生防保组应负有监督、监测的责任。

消毒效果监测的指标，应是被消毒过的物品上无病原体存在，由于某些病原体较难分离，所以只能用间接的方式反映：肠道传染病，一般以大肠杆菌为指标，呼吸道传染病则以溶血性链球菌作指标，一般以消毒后细菌总数下降80%以上为效果良好，下降70~80%为较好，下降60~70%为一般，下降不到60%为不合格。

(2)预防性杀虫工作的管理

预防性杀虫工作范围：属经常控制和杀灭的病媒昆虫主要是虱、蚤、螨类及临时性传入的其它病媒昆虫，在展开预防性杀虫的同时应同时消灭病媒昆虫的宿主如鼠类。

技术措施：根本措施是改造环境，控制和消除病媒昆虫的孳生条件，具体措施可按照当地爱国卫生运动委员会、防疫部门的要求办理。

(3)灭鼠工作：包括鼠生态及密度调查监测；鼠带菌、带毒率监测；灭鼠活动的质量控制。具体做法，按照当地爱卫会和卫生防疫部门布置。

(4)质量控制指标：1 消毒工作指标：疫区消毒的及时处理率，合格率均要求达到90%以上。所谓消毒合格，系指不仅在处理时间上及时，而且所采用的方法，选择的药物符合科学性，具体操作严格按照规范要求，记录完整。2 杀虫工作和灭鼠的质量指标，均按当地爱卫会和卫生防疫部门的要求办理。

4. 食品卫生工作的管理 食品卫生管理工作的任务，是负责监督指导食品行业及其主管部门贯彻实施《中华人民共和国食品卫生法》(试行)和国家规定的《食品卫生标准》，从而提高食品卫生质量，预防各种食源性疾病。

(1)食品卫生工作管理内容：1 经常性食品卫生监督。要按“食品卫生监督表”要求的项目，对食品生产及销售单位包括个体从业人员进行现场监督检查，并按标准记分评价。对不符合卫生标准的，应在监督表上写明存在问题，限期改进的措施与建议及复查日期，在监督过程中，也可根据情况采样化验。2 食物中毒(食物污染)调查(以卫生部颁发的《食物中毒调查报告办法》为依据)：在这项工作的管理中，要抓好以下五个环节：(a)接到食物中毒报告，一方面报告上级卫生防疫部门，另一方面派人立即赶赴现场，进行卫生学、流行病学调查，按《采样与送样办法》采取检验标本，力求及早查清中毒原因。(b)指导处理造成中毒的剩余食品(未查明中毒原因者应封存)及对有关的污染器具进行消毒，对现场发病的患者，指导和协助医疗和抢救；(c)对发生食物中毒的单位，要按照《食品卫生法》追究责任，同时指导其改善食品卫生的措施，并监督落实。(d)每起食物中毒都要按照规定填写食物中毒的调查报告表(卡)并写出专题材料或报告，报送上级卫生部门和存档备查。(e)发生食品污染时，也按以上要求进行调查，重点放在原料产地、交通运输等方面。污染重，涉及面大者，应及时向政府部门汇报并会同有关部门处理。

(2)食品卫生监督员的工作内容：1 熟悉并认真贯彻执行《中华人民共和国食品卫生法》(试行)、国家《食品卫生标准》、本地区食品卫生法实施细则以及依照制定的各项具体业务(技术)的工作程序、常规制度、操作规程、管理办法等等；2 要有年、季、月的工作计划，根据食品行业的不同类型、不同重点定出工作数量及质量要求；3 对主管的监督单位要有健全的基础档案，日常工作中要认真记录，注意积累综合档案。4 在被监督的单位中培养先进典型，使各项食品卫生工作均达到标准，以点带面，加以推广。

(3)食品卫生质量控制参考指标：1 “七五”(1986~1990年)期间各种食品卫生监督参

考指标见表4—1。2 食物中毒质量控制参考指标：食物中毒发病率1990年控制在5/10万以下；食物中毒现场调查处理率1990年达90~100%；中毒原因调查及化验符合率1990年达80~90%以上。

表4—1 食品卫生监督参考指标

类 别	1990年(%)
直接入口食品防尘、防蝇设备率	90~100
食具消毒坚持率及合格率	90~100
货款分开坚持率	90~100
54类有标准食品总达标率	85~90
添加剂使用合格率	90~100
基本无蝇无鼠无蟑螂单位	80以上
食品从业人员体检单	95~100
患有碍食品卫生疾病人员的调离率	90~100
新参加食品工作人员培训率	90以上
食品企业领导及从业人员培训率	85以上

5.环境卫生工作管理 环境卫生管理工作的任务是负责监督指导有关部门，认真贯彻实施《中华人民共和国环境保护法》、国务院颁布的《环境卫生管理条例》及国家制定的环境卫生方面的政策、法令、标准、规定，防止农业和乡镇企业产生的粪便、垃圾、污水、废渣等对环境的污染，提高环境质量，保护人民健康。环境卫生工作的管理包括以下四方面内容：

(1)供水卫生监督、监测：1 指导农村和集镇改善饮水卫生设施，按卫生标准建设水井、水塔及其它供水设施。2 掌握农村自来水、水井的数量、分布的情况，水质质量特异变化及其它有关资料，并建立档案。3 制定农村自来水、水井等供水设施的经常性监督、监测程序，确保饮水安全卫生。4 按经常性监督工作程序，每年对供水的卫生管理工作进行一次全面检查，协同县(市)防疫部门对水质进行定期检查，发现问题时，会同有关部门检查原因，提出建议及时解决。5 严密注意介水传染病或水质污染事故的发生，一有发现应及时上报卫生防疫站派人调查处理。6 监督乡镇企业做好对水资源的保护工作，防止排放的铅、汞、镉、锰等金属毒物及各种污水对饮水资源的污染。

(2)粪便、垃圾卫生监督、监测：1 指导乡村和集镇改善粪便、垃圾处理工作及设施，按卫生标准要求改造或建造厕所、禽舍、畜圈并进行管理，防止粪便、垃圾流失，造成环境的污染。2 掌握当地粪便、垃圾的生产量及农业用肥情况、用肥习惯和用肥规律，按照无害化要求，提出科学的处理办法，把清除与利用结合起来，寓清除于利用之中。3 因地制宜地制定出泥封堆肥、建设沼气池等无害化处理方案，指导和监督实施。4 调查掌握工业污水对农田土壤的污染面积、分布情况及其对人群健康的影响，建立档案资料，并及时提出改进建议，监督落实。

(3)预防性卫生监督：1 参加农村集镇建设的规划和设计审查工作，并按国家制定的卫生标准规定，进行审批；2 按规定要求参与审批新农村规划，并进行技术指导。

(4)服务行业卫生监督：1 建立理发、浴池、旅店、影剧院的卫生管理档案；2 对规

模较大的服务行业，要按工作程序，卫生标准要求，进行经常性卫生监督，使其达到卫生标准；③在服务行业中，培养卫生管理工作的先进典型单位，作为样板。

环境卫生工作的质量控制指标：

(1)保证农村居民基本达到饮水安全卫生(水质标准按国家统一制定的标准执行)：①自来水水质达标率为50~80%；②井水要有卫生防护设施，并用漂白粉消毒；③饮用污水、泉水、池塘水要有过滤和消毒设置。

(2)粪便、垃圾基本达到无害化：①泥封堆肥的温度达到50~55℃，持续5~7天，沼气池的温度达到60℃；②蛔虫卵死亡率在95%以上；③大肠杆菌菌值为 $10^{-2} \sim 10^{-1}$ ；④有效地控制蚊蝇孳生。

6.劳动卫生工作的管理 劳动卫生工作管理的任务，主要是负责监督指导有关单位贯彻执行国家和有关部门制定的劳动卫生，劳动保护，预防职业病，防止职业中毒等方面的政策、法令、规程、标准、规定和办法；普及改善劳动条件和预防职业中毒、职业病的知识；减少和防止职业中毒、职业病的发生。

(1)劳动卫生工作管理的内容及要求：①对本地区工业、农业、乡镇企业生产概况，生产性有害因素的种类、性质、分布、接触人数、防护措施等情况进行本底调查，建立本地区的劳动卫生基本情况档案；②对厂矿企业生产性有害因素的劳动条件，进行卫生学调查及危害情况的监测，做到一厂一册(或一卡)，汇集完整的资料；③对劳动条件、防护措施不符合要求者，应提出改善意见，并督促落实；④对农业劳动中的有害因素等情况进行监测，对使用除草剂、杀虫剂剂量超标者或发生稻田皮炎地区，提出防治方案并监督实施；⑤对接触生产性有害因素的工人定期进行健康检查，并根据检查的情况提出防治意见，并监督实施。

(2)质量控制的参考指标：①管辖区的劳动卫生本底档案每两年核对一次，资料完整率达100%；②有职业危害的厂矿企业做到一厂一册(卡)，建册率达100%；③按规定定期对职业危害的厂矿企业进行劳动卫生调查及监测；④从事生产性职业危害的工人体检率达90%以上；⑤职业病漏报率不超过5%；⑥急性中毒事故要及时报告并处理，最迟不超过2小时到达现场。

7.学校卫生工作的管理 学校卫生管理工作的任务，主要是认真监督指导学校及教育部门的卫生保健机构，贯彻执行1980年教育部、卫生部、国家体委颁发的《中、小学校体育工作暂行规定》(试行草案)和《初中、小学校卫生工作暂行规定》(草案)以及1982年1月教育部、卫生部等10个单位颁发的《保护学生视力工作实施办法》(试行)，并做好经常性的监督检查工作。指导和帮助中小学校改进卫生设施，提高卫生质量。

(1)学校卫生工作管理的内容：包括一般基础工作和经常性的卫生监督、监测。

一般基础工作包括：①建立健全所辖区内各学校的基础资料档案，包括学校分布图、学校数、教职员工及学生数、各学校教室的采光、照明、采暖、通风等情况、教学、体育及卫生设备以及环境卫生状况等；②建立历年学生生长发育、各类体检、常见病、多发病及学生因病缺课等资料档案。

经常性卫生监督、监测工作包括：1.健康检查：每1~2年选择一定数量的有代表性的中、小学进行全面体检，体检内容包括：生长发育形态——身高、坐高、体重、胸围；生长发育机能——血压、脉搏、肺活量、推力。2.常见病、多发病、传染病监测：包括近视眼、砂眼、蛔虫病。选择1~2所学校作为近视眼监测学校，每学期初、末在近视眼监测学校中组织两次视力检查，了解视力变化情况，分析变化原因，及时采取措施。每年选择居民生活水平不同的2所学校，普遍检查学生砂眼患病情况；选择居住环境不同的2所学校，随机抽样100~300人进行粪检；分别分析患病原因，掌握感染率变化情况，提出防治措施。3.学生卫生教育工作：根据不同地区的特点，为学校提供不同年龄、季节，适合向学生进行宣传教育的卫生知识材料，协助或指导学校对中学生进行生理卫生教育，特别是关于青春期卫生和精神卫生教育，指导学校对学生进行卫生习惯培养，小学校建立晨间检查制度，开展眼保健操及青少年卫生员活动等。

(2)质量控制的参考指标：1.儿童、青少年健康状况生长发育监测的人数：7~10岁的学生，每一性别、年龄组不得少于100人；10岁以上，每一性别、年龄组不得少于150人。2.生长发育的评价：无论评价个体或集体儿童的发育水平和发育速度，都应与“标准”进行比较。(a)集体儿童发育评价：按性别、年龄进行分组，分别计算出每个性别、年龄组各项测量指标的平均数，将同性别不同年龄单项发育指标的平均数绘成曲线在坐标纸上，再将该地区该性别该指标的发育“标准”曲线绘在同一坐标纸上，比较二曲线的高低和远近。以此说明这些儿童少年的发育水平。(b)个体儿童发育评价：将该儿童的身高、体重等的测量数字，按性别、年龄分别与本地区儿童少年的身高体重的“标准”相比较，或将该数字点在预先制好的发育“标准”曲线上，以观察该指标与平均数离差情况，确定各指标的发育水平，同时观察该儿童各项指标逐年逐月或在一定时间内的变动情况，以判定其发育的变动趋势。(c)学生因病缺课的计算方法：按因病缺课原因分类，进行疾病登记，计算月病假率：

$$\text{月病假率(因病缺课率)} = \frac{\text{某月病假总人时(节或日)数}}{\text{该月授课总人时(节或日)数}} \times 100\%$$

计算每学期学生平均因病缺课时数：

$$\text{每学期学生平均因病} = \frac{\text{全学期因病缺课人时数}}{\text{学期全校学生平均数} \times \text{本学期授课平均时数}} \times 100\%$$

缺课时数

第三节 妇幼保健管理

一、妇幼保健管理的意义及任务

1.意义 妇幼保健管理是根据我国卫生工作的方针政策，对妇女保健工作、儿童保健工作和计划生育技术指导工作进行计划、组织、协调、指挥、控制的一项重要的卫生业务管理工作。妇幼保健工作是我国人民卫生事业的一个重要组成部分，我国15岁以下的儿童和16岁以上的妇女有6.5亿人，占总人口的三分之二。做好妇幼保健工作，保护好妇女和儿童的健康，关系到每个家庭的幸福和十亿人民的切身利益，关系到劳动

力素质和人口素质，关系到“两个文明”建设和“四化”事业的发展。总之，这一工作关系到我们国家和民族的今天和明天。

2.任务 在卫生行政部门中，一般设妇幼保健处(科)，负责辖区内妇幼保健的管理工作，其主要工作任务有：

(1)要全面掌握辖区内的妇女儿童健康情况，疾病情况，妇幼保健机构、人员情况，为领导对妇幼工作的决策当好参谋。

(2)负责制定辖区内妇幼保健工作的规划和计划。妇幼保健工作在我国发展缓慢，是卫生战线的薄弱环节，机构不健全，房舍设备条件差，人员短缺，技术水平低和仪器装备简陋。制定规划和计划要切合实际，突出妇幼保健事业的发展，壮大培养技术队伍，利用现有条件积极开展工作。不能等、靠、要，应树立在工作中求得事业发展的思想。

(3)加强妇幼保健“三级网”的建设，城市妇幼保健三级网是市级妇幼保健机构、区级妇幼保健机构和街道妇幼保健机构；综合医院、专科医院预防保健科、卫生所。农村三级网是县妇幼保健机构、乡镇卫生院防保组(妇女保健室)和村卫生所。加强三级保健网的建设，重点是加强保健人员培训，壮大妇幼保健技术队伍。

(4)对辖区内妇幼保健部门，妇、儿专科医院、综合医院的妇、儿科、预防保健科的妇幼保健工作进行检查指导，使他们的工作按照统一规划进行。

(5)有计划地对辖区内妇幼保健管理干部和技术人员进行培训。重点要放在基层妇幼保健人员，尽快解决他们业务理论水平低、技术能力差的问题，提高基层妇女儿童保健水平。

(6)指导辖区内的计划生育技术工作，与计划生育部门搞好协调，组织开展优生优育，妥善处理计划生育手术合并症。

二、妇女保健工作范围

妇女保健工作的范围包括：孕产期保健即孕期、产期及产褥期三个时期的保健。围产期保健，即围绕分娩前后一定时期内对孕产妇和胎婴儿所进行的保健工作。主要内容是防治孕产妇并发症(特别是危害胎儿和新生儿的多种疾病)，对胎儿的成长和保健进行预测和监护。计划生育技术指导，即宣传普及节育知识，节育手术质量管理和手术并发症的防治等。工作内容和要求主要有以下几个方面：

1. 普及新法接生，推行科学接生

(1)普及新法接生和推行科学接生是保护妇女儿童健康的一项极为重要的措施。可以提高产科质量，防止难产、出血、产伤和感染的发生，预防产妇产褥热和新生儿破伤风的发生。

(2)新法接生和科学接生的概念：所谓新法接生，就是对助产提出一个最低的要求，一般地可以概括为“一躺三消毒”，即产妇躺在床上生产，接生人员的手，接生的工具(特别是断脐用的剪刀)，还有产妇的外阴部，要做到消毒灭菌。在普及新法接生的地方，有条件的单位应逐步推行科学接生。所谓科学接生，概括起来为：一观察(产程)；二无菌(接生用具，接产操作)；三正确(处理产程，保护会阴，处理新生儿)。

(3)科学接生产包的装备：科学接生用的产包，黑龙江省卫生厅提出包括三个部分，共 25 种用具。第一部分为准备包，有外阴消毒和导尿器具；第二部分为敷料产包，有垫臀、腿套、敷布、接生衣、手套等设备；第三部分为接生产包，有保护会阴用的毛巾、处理脐带、会阴裂伤缝合用的器械、脐带包等设备。以上三个部分用双层包皮包裹成一个包，高压灭菌后备用。

(4)科学接生对助产者的要求：实行科学接生比新法接生对助产者的技术能力要求更高了，接生人员必须做到十会：①会消毒、灭菌；②会做产前检查和产后访视；③会鉴别异常产并能处理臀足位产；④会观察产程；⑤会保护会阴；⑥会缝合会阴裂伤；⑦会处理残留胎盘；⑧会处理及抢救新生儿，包括会预防接种；⑨会正确使用宫缩药；⑩会填写各种记录。

2. 开展围产期保健

(1)围产期的定义：按世界卫生组织推荐，国际妇产科学会通过，于 1976 年所公布的围产期的定义是：指妊娠第 28 周至产后 7 整天之间的时间为围产期。

(2)开展围产期保健的目的：围产期保健除了具有临床产科学的内容之外，又充实了新的内容，即运用新的方法和技术对胎儿的健康进行预测和监护，进行母子统一健康管理。开展围产期保健对保证母体、胎儿和新生儿的安全，降低围产儿和孕产妇死亡率，降低病残儿及其并发症的发生率都将起到积极的作用。

(3)开展围产期保健的内容：围产期的保健主要在三个环节上搞好保健工作：①产前保健，也是宫内保健。主要从三个方面着手工作。一是定期进行产前检查。孕妇在妊娠 3 个月时进行第一次产前检查，建立孕妇管理卡；妊娠 7 个月前每月检查一次，妊娠 7~8 个月，每两周检查一次，妊娠 9 个月后，每周检查一次。整个孕期检查 8~13 次。二是对孕妇进行孕期保健指导，指导孕妇吃些富有营养易消化的食物，经常洗澡和更换内衣，穿宽大、松软的衣服，注意休息和睡眠，注意乳房和乳头的卫生，避免接触有毒物质和小心用药，搞好自我保健。三是对高危孕妇进行管理。对高危孕妇要做到早发现、早预防、早治疗，按时做产前检查，有合并症者到专科门诊治疗。如果村卫生室和乡卫生院处理不了，要及时转上级医院治疗和矫正。如合并内科心、肝、肺、肾脏病、急性传染病、高热、骨盆狭窄、妊娠高血压综合症、胎位不正等，必须到医院住院分娩。通过产前保健以达到预防先天性畸形和遗传疾病，预防胎儿营养不良，预防感染，降低围产期死亡率。②产时保健。要加强产程观察，提高产科质量，严格执行新法接生或科学接生操作规程，做到防治新生儿窒息，防治感染，防治产伤。③产后保健。产妇分娩后，由于子宫内有创面，乳房分泌机能旺盛，容易感染发病，因此，对产妇进行孕期保健管理亦很重要。定期进行产后访视，一般在产后 3 天、7 天、14 天、28 天共访视 4 次，异常情况可增加访视次数。访视时针对产妇、新生儿的健康状况，进行保健指导。

3. 普查普治妇女病

(1)普查普治妇女病的目的：普查普治妇女病是防治妇女常见病的重要环节，是妇女减少疾病，提高健康水平的重要措施。通过普查，对妇女常见病能做到早期发现，早期诊断、早期治疗，并有针对性地进行防治，可以降低发病率，保护妇女身体健康，更好地为“四化”建设服务。

(2)普查普治的对象和防治疾病的重点: 普查普治妇女病一般在已婚至 60 岁的妇女中进行。普查普治的疾病, 一般应以防治子宫颈癌和子宫脱垂、尿瘘为重点, 同时查治妇女常见的阴道炎、慢性宫颈炎、盆腔炎、生殖器肿瘤和外阴白斑疾病等。

(3)普查普治的内容和方法: ①做好普查普治的发动工作。普查普治妇女病要依靠当地政府或行政领导, 工会、妇联等有关部门密切配合, 得到他们的大力支持, 调动各级医务人员(包括乡村医生、卫生员、接生员)的积极性, 同时要向基层干部和广大妇女宣传和解释普查普治妇女病的重要意义, 提高认识, 自觉地接受普查。通过做过细的工作, 有了领导、医务人员和广大群众三个方面的积极性, 顺利开展妇女病普查普治工作就有了保证。②检查的项目。普查妇女病主要从三个方面检查, 一是内外生殖器和乳房做妇科常规检查; 二是宫颈刮片找癌细胞检查; 三是取阴道分泌物, 镜下找滴虫、霉菌检查。③查治相结合。妇女病普查一定要与治疗相结合, 对查出的患有妇女病的病人, 要进行登记, 提出治疗方案, 订出治疗计划, 根据病情轻重缓急, 有计划地定期进行治疗, 直至治愈为止。不能只查不治。对诊断治疗有困难的要及时转上级医院确诊和治疗。④进行卫生知识指导。在普查妇女病的同时, 要宣传预防妇女病的科学知识, 告诉她们注意个人卫生、洗浴卫生、经期卫生、性生活卫生和早期发现肿痛的方法, 以控制和减少妇女常见病的发生。⑤做好资料统计工作。对普查的资料, 要有专人妥善保管, 并要做好统计、分析和反馈工作, 对发病率、发病特点和规律进行全面分析, 为开展防治工作提供科学依据和指导。

4.加强妇女劳动保健

(1)加强妇女劳动保健的目的: 妇女劳动保健工作是整个劳动保护工作的组成部分, 是妇幼保健工作的一个重要内容。随着农村实行联产承包责任制, 乡(镇)村企业的迅速发展, 妇女到田间、工厂参加生产的人数越来越多, 因此, 加强妇女劳动保健工作十分必要。这项工作搞好了, 有利于保护妇女劳动力, 有利于下一代身心健康, 有利于安排好职工生活福利, 有利于贯彻和执行国家有关劳动保护法令和政策。

(2)加强妇女劳动保健的原则: ①必须坚持贯彻预防为主方针。妇女劳动保健是属于预防医学范畴, 工作着重点是落实保健措施, 使妇女不得病或少得病。②必须坚持从妇女生理特点出发。女性的形态结构、生理机能有些和男性不同, 另外, 还有经、孕、产、哺乳、更年“五期”生理变化, 这些都使妇女作业能力和适应能力下降。因此, 必须根据妇女这些特点去做保健工作。③必须根据妇女从事劳动生产的条件、危害健康的主要因素, 坚持因地制宜, 从实际出发做好这项工作。

(3)加强妇女劳动保健的内容: ①月经期保健。要掌握妇女经期健康状况, 科学处理月经, 注意保暖, 避免受凉, 不要做冷水和重体力劳动, 以免造成月经紊乱。②孕期保健。要保证妊娠妇女有产前检查, 不做蹲位、频繁弯腰、重体力劳动和接触有毒物质的劳动, 以防早期流产和导致胎儿畸形。③哺乳期保健。要保证给孩子哺乳时间, 不接触有毒物质的作业, 以防婴儿中毒。④特殊工种保健。对从事立位、有噪音、震动和接触有毒物工作的妇女, 要有一定的休息时间, 逐步改善劳动条件, 定期进行健康检查, 增加必要的劳动保护用品和特殊工种的营养津贴。

(4)加强妇女劳动保健的措施: ①建立妇女劳动保健组织。由各单位的行政领导、乡(镇)企业的工会、村民委员会的妇女主任以及卫生保健人员组成。②增设必要的保健设

施。乡(镇)企业有女工 100 人以上设女工卫生室, 40~100 人的设简易女工冲洗室, 室内设温水箱及冲洗器, 有夜班的要设女工倒班宿舍; 有托儿所的要设哺乳室。农村卫生室要设妇女保健室, 设有妇科检查、治疗、接产等必要设备。③建立健全管理制度。要建立健全妇女各期保健的管理常规、制度和卡簿, 医务人员和妇女本人要坚持执行, 使妇女劳动保健工作形成常规化, 制度化、科学化。④进行卫生保健指导。要采取多种形式、广泛深入地宣传妇女劳动保健的科学知识, 使妇女掌握各时期保健方法, 自觉地实行各项保健措施。⑤定期进行健康检查。乡(镇)卫生院和村卫生室负责妇女保健的人员, 要深入各单位和村屯, 对孕妇、产妇定期进行检查, 及时发现问题进行矫治和处理。

5. 做好婚姻保健指导

(1) 做好婚姻保健工作的目的: 婚姻保健工作是妇幼卫生和计划生育工作的一个重要组成部分。是对男女青年在结婚登记前进行的健康检查和保健指导, 能为新婚夫妇的身心健康, 家庭幸福及掌握妇幼保健, 计划生育知识打下基础, 亦能做好优生的初筛工作。

(2) 进行婚姻保健的对象: 凡符合婚龄的男女双方, 在结婚前要求作婚前检查和咨询者, 均应给予检查和指导。

(3) 婚姻保健的内容: ①婚前检查。包括询问本人健康史, 全身体格检查(注意检查第二性征发育是否良好, 有无传染性皮肤病、有无遗传性疾病和心、肝、肺、脾及肾等重要器官有无严重疾病), 生殖器检查(有无畸形, 发育是否良好); 其它检查(有条件的可进行肝功、血、尿常规、胸透、检查女性白带、查找滴虫、霉菌)。②婚前保健指导。包括简单介绍男女生殖系统和解剖、生理和受孕原理, 性卫生知识, 新婚避孕方法, 优生知识及早孕保健知识。③不孕症的诊断及治疗。④婚前检查后的处理。对未发现异常情况者, 发给“婚前检查证明”, 对发现异常者, 根据情况分类指导, 包括暂缓结婚, 可以结婚但禁止生育, 限制生育, 相互之间不能结婚, 不宜结婚。

三、儿童保健工作范围

1. 儿童系统保健管理

(1) 儿童系统保健管理的目的: 系统保健管理, 就是指儿童在胎儿、新生儿、婴儿、幼儿各时期、各阶段都进行保健管理。能使保健工作有计划、有系统、连续不断地进行。可以使儿童无病早防, 有病早治, 保证其正常生长发育。

(2) 儿童系统保健管理的对象: 儿童系统保健是从胎儿期开始, 所以保健的对象包括孕妇, 散居和集居的新生儿、婴儿、幼儿、学龄前期的儿童。

(3) 儿童系统保健管理的内容: ①开展围产期保健。这项工作既是妇女保健内容, 又是儿童保健内容, 胎内保健详见妇女保健中围产期保健部分。②定期进行健康检查。通过健康检查, 掌握儿童的生长发育状况。根据儿童年龄不同健康检查次数也不同, 一般周岁以内儿童每季度检查一次, 1~3 岁儿童每半年检查一次, 4~6 岁儿童每年检查一次。③开展计划免疫, 提高儿童机体抗病能力(见卫生防疫工作管理一节)。④早期教养。早期教养是培养儿童良好品德的重要途径, 是开发儿童潜在智力的有效措施。早期教养

是对3岁以下儿童的感知训练(视觉、听觉)、语言、知识能力的教育和行为习惯的培养。早期教养必须从小儿生理心理特点出发,做到集体教育和个别教育相结合,教养任务与保健措施相结合,有组织的活动与个别活动相结合;动与静相结合,室内活动与室外活动相结合。组织各种活动,要坚持启发、诱导和正面教育,要准备应有的玩具、教具、运动设备,使小儿情绪愉快。⁵加强体育锻炼。小儿开展体育锻炼能促进身体、智力发育,增加对外界环境的适应力和对疾病的抵抗力。进行体育锻炼,要使婴幼儿多接触水、日光、新鲜空气,根据不同季节保证每日有一定时间的户外活动,根据不同年龄坚持每日做被动操、早操、体育活动和文娱活动。开展体育锻炼时,要注意循序渐进、运动强度自小而大,要坚持经常,有规律性,锻炼项目不宜过多,时间不宜过久,对体弱儿的锻炼进程比健康儿要缓慢。⁶及时矫治疾病和不良习惯。在进行小儿保健时,对小儿发生的传染病、体检时发现的各種慢性病都要及时进行有系统的、由始至终的治疗,直至治愈为止。

(4)儿童系统保健管理的措施:1建立儿童保健管理组织。儿童系统保健管理的具体工作,主要由村卫生室和乡卫生院负责。管理工作要有连续性,定期进行。2建立儿童系统保健管理常规。儿童是生长发育旺盛时期,各时期生理发育都有所不同。因此,在胎儿、新生儿、婴儿、幼儿、学龄前各阶段都有不同的保健内容和要求,需制定各时期的保健管理常规,把保健措施落到实处。3建立儿童系统保健管理卡。制定母婴保健管理卡簿,从母亲孕期开始,到产时和产后、新生儿、婴儿、幼儿、学龄前儿童时的各阶段健康检查情况,预防接种情况,各种疾病发生、治疗、恢复情况,都要记录在卡簿上,以便能系统和全面地了解儿童各阶段和全部的发育健康状况,同时也能给下步搞好保健提供依据。系统保健管理卡簿,可以在个人手中保存,也可以在卫生院,村卫生室或托幼机构中保存,在孩子迁离时,也应将保健管理卡簿转过去。儿童入学以后继续使用保健卡簿,接着进行学龄儿童的保健管理。

2.加强集体儿童保健管理

(1)加强集体儿童保健管理的目的:托幼机构是儿童集体生活的地方,彼此接触机会多、容易发生和流行传染病,因此,在托幼机构中要做好预防保健工作,保证儿童不得病或少得病,并养成良好的卫生习惯,为培养儿童德、智、体、美全面发展打下良好基础。

(2)加强集体儿童保健管理的原则:1卫生部门对集体儿童保健管理的任务是对托儿所负责业务领导,对幼儿园负责卫生技术指导。2集体儿童保健工作要贯彻以保为主,保教并重的方针,把儿童培养成体格健壮、品德良好、智力发达的后一代。3集体儿童保健工作是通过托幼机构的保育员、保健员、炊事员去落实,要对他们进行培训,提高业务技术水平。同时他们与小儿生活在一起,所以在健康上要统一管理。

(3)集体儿童保健管理的内容:1制定合理的生活制度。生活制度是根据儿童年龄特点,将儿童一日生活的重要内容,如睡眠、进餐、活动、游戏和作业等。每个环节的时间、顺序、次数和间隔予以合理的安排。生活制度不能长期不变,要根据不同年龄儿童的生活,神经发展的特点来安排,如儿童年龄越小安排的睡眠时间越长,进食的次数也越多,而活动的时间越少。同时,也要根据季节的变化,家长的工作时间去安排。2加强膳食管理。合理的营养是保证人体发育、维护身体健康的重要因素。儿童生长快,代

谢旺盛,搞好膳食管理尤为重要。要制定不同年龄班别的膳食谱,膳食每日花样避免重复,粗细搭配,增强儿童食欲,饭菜做的要细、软、烂、碎、新鲜、干净、容易消化,所需的营养成分要调配合理,以保证身体所需。一日三餐一点的热量分配是:早餐占20~35%、午餐占40%,点心占15%,晚餐占20~25%。同进要养成小儿按时进食、不挑食的良好习惯。③做好卫生工作。做好托幼机构的室内外卫生和个人卫生是预防疾病的条件。室内要经常消毒,勤打扫,经常给孩子洗澡、洗头、洗脚、剪指甲,坚持饭前和便后洗手,勤洗换衣服,实行一人一巾一杯一帕。要及时进行预防接种和定期健康检查(包括晨间检查),发现急慢性病要及时治疗,发现传染病要隔离治疗。对托幼机构的工作人员要每年体检一次,对发现患有急慢性传染病的要及时调离工作岗位。④落实预防保健措施(详见儿童系统保健管理部分)。

3.做好体弱儿管理

(1)体弱儿的概念:凡是患有营养不良、活动性佝偻病、中度以上贫血或较严重影响儿童健康的慢性疾病(如慢性气管炎、消化紊乱等)、先天性缺陷者均列为体弱儿童范畴,应加强对他们的管理。

(2)体弱儿管理的内容:①积极治疗现有疾病。根据体弱儿的病情,每周或半月访视一次,了解病情,按时治疗,使其早日恢复健康。②预防其它疾病发生。体弱儿抗病能力低,易感染其它疾病,在传染病流行时,要加强预防措施,给体弱儿童投放预防药,防止感染发病。③进行生活指导。向体弱儿童家长宣传科学育儿和防病知识,做好预防保健工作。

(3)体弱儿童管理的措施:①建立体弱儿童管理病志,由主管医生保存,详细记录病情和治疗经过。②定期进行健康检查,掌握生长发育状况,分析疾病与发育的关系,除掉影响发育的因素保证健康成长。③与健康儿分别管理,体弱儿在饮食、活动、睡眠等各方面都不能与健康儿一样安排。要根据病情进行适当安排,以保证疾病治疗和生长发育。④体弱儿需要入托时,应与托幼机构的有关人员交待其健康情况,给予应有的照顾。⑤对其家长进行保健指导,以配合对体弱儿的管理。

4.防治儿童常见病和多发病 积极防治儿童常见病和多发病是消除影响儿童健康、提高儿童机体抗病能力、增强体质、保证正常生长发育的重要措施。当前防治的重点是各种传染病、肺炎、贫血、营养不良、腹泻、佝偻病、肠道寄生虫病等。防治工作主要抓好两个基本环节,一是预防,进行计划免疫,搞好环境卫生,饮食卫生和个人卫生。二是增强体质,科学喂养、加强体育锻炼,养成良好习惯。

四、妇幼卫生工作的评价

在一个地区内,对妇幼保健工作的评价要综合进行。其中包括组织机构,对妇幼工作的管理,各种统计资料及各项工作指标完成情况。其中主要指标是产妇死亡率和婴儿死亡率,这两个指标也是衡量一个地区的文化、经济发展水平的标志之一。

1.产妇死亡率 是指产妇从孕满28周至产后42天死亡(除意外死亡)的人数。是评价妇女保健工作的主要指标之一。卫生部在《全国城乡孕产妇保健质量标准》文件中规定,甲类地区产妇死亡率,控制在4/万以下,乙类地区控制在6/万以下。要实现这

个指标，就要加强孕产妇系统保健管理，做好孕期保健、产期保健和产后期保健工作，提高产前检查率、住院分娩率、新法接生或科学接生率、降低产科疾病发生率。

2. 婴儿死亡率 是指千名活产新生儿从出生至满一周岁的死亡人数。卫生部在《对城乡开展儿童保健工作的要求》文件中规定，甲类地区婴儿死亡率控制在 25~35%，乙类地区控制在 30%，丙类地区控制在 35%。要实现这个指标，必须做好围产期保健和儿童系统保健管理，提高计划免疫接种率，积极防治传染病和各种婴儿多发病。

第四节 计划生育技术指导

一、计划生育技术指导工作的意义

加强计划生育技术指导，是促进计划生育工作深入开展的重要保证。如果没有多种简便、安全、有效的节育技术措施和方法，就不可能有效地控制人口增长。计划生育技术指导，不仅要为少生服务，而且也要为优生服务。做好计划生育技术指导，是保护妇女儿童健康的有效途径，开展计划生育和妇幼保健工作，二者是相辅相成，互相促进的。计划生育技术指导工作搞好了，做到少生优生，也直接保证了妇女儿童身体健康。

二、计划生育技术指导工作的原则

(1)贯彻避孕为主，推广综合节育措施，避免计划外怀孕。人工流产、特别是做中期引产，对妇女健康危害很大。所以，要不断提高节育有效率，降低人工流产率。在落实节育措施时，应根据节育对象的年龄大小，身体健康情况，子女多少，生活条件等因素，因人制宜地选择适宜的节育方法，不能强求一律。

(2)必须从实际出发，做艰苦细致的思想政治工作，使育龄夫妇明确实行计划生育的重大意义，使其自觉地落实节育措施。

(3)对男女双方都要进行宣传指导。我国宪法规定：“夫妇双方都有实行计划生育的义务”。有的人认为生儿育女是妇女的事情，落实节育措施也靠妇女去做，这种观点是不正确的。因此，要大力宣传男女双方同样都有承担节育的义务，并要互相体谅，在节育方法上可以交替使用。

三、计划生育技术指导工作的内容

1. 普及节育科学知识，广泛宣传党的计划生育政策 大力普及节育科学知识，使育龄夫妇人人明白少生优生的道理。怀孕与避孕的原则，掌握各种节育方法，使节育工作落到实处。

2. 落实节育措施 育龄夫妇实行计划生育，必须落实有效的安全的节育措施。目前，我国推行的节育措施，有宫内节育器、甾体激素类避孕药、外用避孕药及阴道隔膜、避孕工具和其它避孕法(如体外排精等)、以及节育手术共六种。实行各种节育措施

技术性都很强，都要由医生进行技术操作或具体进行技术指导。特别是采取放置宫内节育器、男女结扎、人工流产、中期引产等方法，都要由医生做手术。所以，对所有育龄夫妇在落实节育措施时，要做好技术指导。

3.对节育手术并发症进行治疗 节育手术并发症的技术鉴定，由县以上计划生育委员会组织进行。卫生部门的任务是协同“计生委”进行会诊鉴定和落实治疗措施。对确属节育手术并发症者，各级计划生育委员会和医疗、保健部门要给予积极治疗，在住院、看病和用药上都要给予照顾，使其早日恢复健康。对不属节育手术并发症者，要把检查、诊断结果如实告诉本人，讲清科学道理，解除思想顾虑。有条件的农村卫生院可以承担部分治疗任务。治疗时既要精心治疗，认真负责，又要坚持原则、一丝不苟。

4.开展婚前健康咨询和优生咨询门诊 为了更好地适应广大群众对节制生育的需要，有条件的农村卫生院，要开展婚前健康咨询和优生咨询门诊，进行必要的检查指导，发现疾病积极治疗。

5.实行节育、避孕措施 对各项节育手术、避孕药具实施情况进行分析研究，积累业务资料，做好统计分析，从中找出经验和教训，为推动和改进工作提供依据。

四、计划生育技术指导工作的基本做法

1.各方配合，做好工作 与计划生育委员会、妇联、共青团等有关部门密切配合，互通情报，共同做好组织发动工作，在他们的大力支持和协助下，做好计划生育技术指导工作。

2.整顿队伍，提高素质 针对目前农村节育技术人员数量少、素质低的问题，要做好以下几项工作。

(1)加强培训：对从事节育手术工作的人员，要坚持经常不断地进行培训和复训。培训内容本着缺什么补什么，普及与提高相结合的原则确定。培训时要根据技术水平高低和讲课内容，分期分批地进行。培训方法可以办班讲课，专题讲座，临床带教和例会等多种形式。要灵活多样，从实际出发，保证培训质量，以利提高节育技术人员技术水平，达到技术熟练，技术全面的目的。同时，还要大力培训乡(镇)计划生育委员会，妇女、共青团等部门从事计划生育工作的行政干部、村居民组长、计划生育宣传员和避孕药具供应员等群众性骨干队伍，使他们掌握有关节育科学知识，提高工作能力，充分发挥应有的作用。

(2)进行技术考核：为了保证节育手术质量，对做节育手术医务人员要进行技术考核，合格者发证书，实行凭证施术。考核工作由县卫生主管部门负责组织领导。考核内容有基础理论知识和技术操作，包括掌握手术适应症、术前检查、病历书写、手术操作、无菌观念、术后处理等。

(3)稳定技术队伍：农村节育技术队伍特别是村一级的女乡村医生、卫生员和接生员，要保持相对的稳定。这有利于钻研业务，提高节育手术质量，有利于了解情况，有的放矢地开展工作的。

3.加强科学管理、提高工作质量

(1)建立健全各项规章制度：凡实行节育手术的农村卫生院，都要建立节育手术登

记和随访制度、手术质量报告制度、差错事故登记上报制度、手术质量检查制度、定期考核评比奖惩制度等，并要坚持执行。

(2)完善必要的条件：农村卫生院和计划生育技术指导门诊，有条件的要有“三室”，即检查室、手术室(供上取节育环、人工流产等使用)和术后休息、观察室。医疗器械应配备阴道窥器(一个病人一个)、宫颈钳、宫颈扩张器、上取环器、吸宫器、吸引器、卵圆钳等。配备有经验的医生专人负责此项工作。病房要设一定数量的计划生育病床。

(3)中期引产术是节育手术难度较大、死亡率较高的一种手术。凡是没有技术熟练的医生，没有抢救条件的乡(镇)卫生院，都不准做这种手术。

(4)定期进行检查指导：市、县计划生育技术指导组的成员，要经常深入基层，对计划生育技术指导工作进行督促检查和指导，了解节育手术操作常规执行情况，考核从事节育技术人员的水平，并协助解决工作中存在的问题。

4.提高节育手术质量，保证受术者健康

(1)要加强对医务人员医德教育，树立高度的政治责任感和严肃的科学态度，树立受术者第一、质量第一、服务第一、全心全意为人民服务的思想。

(2)要严格执行《节育手术常规》，切实把《节育手术常规》作为必须遵守的严肃纪律来执行。要做到四个坚持：坚持严格术前检查，切实掌握好手术适应症和禁忌症；坚持严密消毒和无菌操作；坚持手术要稳、准、轻、细，减少不必要的损伤和痛苦；坚持术后观察和随访，发现异常及时处理，确保受术者的健康和安全。

(3)加强术后随访管理：做好术后随访工作，是保证手术质量的重要一环。对术后的病人要定期进行观察随访，特别是对疑难病人和手术不顺利的病人，更要加强术后观察。对术后有明显自觉症状和异常情况者，要及时检查处理，防止意外情况的发生。

(4)做好避孕药具供应工作：及时供应避孕药具，是落实节育措施的关键。为此，乡镇内商业、医药、供销、计划生育部门和医疗保健单位，要及时采购和供应避孕药具。避孕药具的品种和规格要齐全，质量要求无毒无害，数量要充足。要建立健全避孕药具供应网，方便群众，保证及时供应。

(5)积极做好妇幼卫生工作：特别是做好围产期保健，实行新法接生或推行科学接生，普及科学育儿知识，这些工作做好了，能保证计划内的胎儿、婴儿、幼儿怀一个生一个，生一个活一个，活一个壮一个，做到优生优育。这样才能使实行计划生育的夫妇，解除后顾之忧，进一步促进计划生育工作深入开展。

第五节 健康教育

开展健康教育，提高全民的自我保健能力和健康水平，已成为社会主义初级阶段发展卫生事业的一项重要工作。

一、健康、健康教育的概念和农村健康教育的重要性

健康是指精神上、身体上和社会上的完满状态及良好的适应能力，而不仅是没有疾病和衰弱的状态。这就是人们所说的身心健康。

健康教育亦称卫生教育或卫生宣传教育，是以提高人们健康水平为目的的教育过程，它强调由知识的传递到行为的培养。健康教育系采用多种形式和媒介，向群众传播卫生知识，并发动群众(个人或集体)参与这个过程，通过实践以树立(或转变)信念，培养(或改变)行为，加强自我保健意识和自我保健能力。

加强农村健康教育工作，也就是要在广大农村居民中普及卫生科学知识。这是动员农民群众自己起来向一切不卫生习惯作斗争的有力武器，是破除迷信，战胜愚昧，移风易俗，振备精神的有力武器，是农村精神文明建设的重要组成部分。开展农村健康教育，有效地提高农民自我保健能力，是在卫生经费不足的初级阶段，提高农民健康水平的主要措施。党的十一届三中全会以来，随着农村经济的迅速发展和物质生活的明显改善，农村居民防治疾病的积极性空前高涨，对卫生保健的要求不断提高。例如，在建设新农村的过程中，群众要求了解村屯规划卫生标准，居室卫生要求和合理的庭院布局。随着对计划生育的逐步认识，群众要求掌握优生优育知识，为了健康长寿，要求得到有关营养卫生、心理卫生、环境卫生和其它日常生活卫生常识及保健指导。由于乡(镇)村企业、家庭手工业及第三产业的迅速发展，群众又需要劳动卫生知识和技术来指导生产，预防职业病的发生、减少因产品不符合卫生要求而受到的经济损失、保证生产的顺利进行。

在农村新形势下，我们必须对健康教育工作给予高度重视。认识到讲究卫生、科学合理地组织生活和工作的重要意义，自觉地承担起自我负责健康的责任、达到自我保健、自我健康管理的目的。

二、健康教育的内容

健康教育的内容和侧重点，因各地卫生工作的基础、疾病构成、文化水平、风俗习惯、生活条件的不同而有所差异，但基本可归纳为以下几个方面。

(1)宣传党的农村卫生工作方针、政策、目标，措施等。

(2)宣传卫生工作在社会主义物质文明和精神文明建设中的重要作用。

(3)开展农村的爱国卫生工作：农村的爱国卫生工作主要包括村屯建筑卫生、饮水卫生、粪便垃圾物管理、消灭病媒昆虫和动物、环境保护等内容，其中重点是“两管”(管水、管粪)、“五改”(改水、改厕、改灶、改良牲畜棚圈、改良室内外环境)。随着乡村企业的发展，环境保护和劳动卫生也应列为重点。通过爱国卫生工作的重大意义和作用的宣传教育，启发群众自觉地参加爱国卫生活动，向病害作斗争，形成爱清洁、讲卫生、讲礼貌、讲文明的社会风尚。

(4)宣传科学的合理的生活方式，改变不卫生的生活行为和风俗习惯。目前，应着重针对农村不卫生的生活行为和风俗习惯的各种表现及危害进行宣传教育，如：1.不讲个人卫生(不刷牙、饭前便后不洗手)，不注意环境卫生(随地吐痰、便溺)，不注意饮

食卫生(吃瓜果不洗、吃病死畜肉)等;②不良嗜好,吸烟、酗酒、喝浓茶等;③不良习俗,近亲结婚、土葬、吃生鱼肉等;④滥用药物,乱用止痛药、保养药、滥用抗菌素等。

(5)宣传人体科学知识,消除封建迷信思想。破除迷信的宣传可以包括以下内容:①用科学道理解释人的“生、老、病、死”,使群众了解人体科学常识;②解释神话故事、民间传说,使群众把迷信和神话区分开;③利用现代科学道理,解释当地存在的迷信思想和活动;④利用真人实事揭露封建迷信活动的欺骗性和危害性。

(6)宣传防病治病常识。首先要宣传疾病预防的可能性,疾病早期治疗的必要性和疾病彻底治愈的重要性,使群众重视预防工作,做到疾病的早期预防,树立战胜疾病的信心;使疾病能够得到早期发现、早期治疗,控制疾病发展,减少个人和社会的经济损失;患病后能坚持系统治疗,使疾病得到彻底根治。同时要针对农村的常见病、多发病,针对各种不同的对象把防病治病知识教给群众,从而达到群众健康的自我管理。

三、健康教育的形式和方法

必须根据农村的实际情况,采取正确、科学的教育形式和方法。

1.农村施行健康教育的基本原则

(1)易行性:指健康教育所采用的方法要做到经济节约、简单易行、便于普及。

(2)形象性:指健康教育采用的形式应是形象的、真实的,容易理解和接受的。

(3)实用性:指健康教育的内容要实用,有明显的针对性和效益的及时性。

2.健康教育的形式和方法

(1)结合疾病的治疗活动进行宣传教育:这是一种最为有效,最为重要的宣传形式。在门诊、病房治疗或出诊时,结合患者本身的疾病,同患者、家属或其它陪护者进行面对面的交谈,由于谈话内容完全与患者的疾病防治、护理及康复有关,是患者及家属最为关心和迫切需要解决的问题,加之对医护人员的信任、依赖,容易收到明显的效果。

(2)结合疾病的预防活动进行宣传教育:目前,农村中开展的疾病预防宣传活动主要内容有对法定传染病、结核病、地方病、寄生虫病的防治,妇幼保健、老年保健等项,故可结合计划免疫、疫情管理、计划生育、疾病的普查普治等活动进行有关内容的宣传教育,也会收到很好的效果。

(3)采取举办讲座、报告会、座谈会、学习班等形式进行宣传教育:在乡政府和村委会的支持下,有计划地组织,举办具有专题内容的讲座、报告会、座谈会、学习班等,由乡卫生院的医护人员或乡村医生向群众、干部讲授卫生知识。在讲授时注意联系实际、突出重点、简明易懂、时间不宜过长。为提高效果,要尽量使用挂图、照片、标本、模型、幻灯、录像、电影等形象材料,使受教育者易于理解和记忆。

(4)利用有线广播、卫生宣教电影、宣传栏、黑板报、宣传画、连环画、挂图、小册子、传单、卡片等形式宣传教育。应力求做到内容简洁、通俗易懂、实用可行、形式新颖、图文并茂、生动活泼、吸引力强。可在乡卫生院内或街口等处设宣传栏、黑板报,在乡广播站设专题节目,组织观看录像、电影,卫生院内备置宣传小册子、传单、

卡片，供群众随时购买或向需要者发放。

(5)利用文化室进行卫生宣传教育：卫生院可利用文化室开展卫生知识和宣传教育，如通过安排讲课，演出文艺节目，设室内宣传栏，购置报刊、杂志供群众借阅等活动，向群众进行宣传。

(6)在农贸市场开展宣传教育：卫生院可开展“卫生科普赶集”活动，采取陈列卫生知识宣传板、摆放宣传实物、发放或出售宣传资料、广播卫生知识、开展健康咨询等方式进行健康教育。注意做到：内容有针对性，知识具有广泛性，形式要多样性。

(7)利用传统集会和民族节日进行宣传教育：不同地区和民族有特定的集会和节日活动，利用当地惯用的民族传统形式开展健康教育活动，往往会收到更好的效果。如传统的“庙会”、蒙族的“那达慕大会”、藏族的“望果节”、苗族的“赶秋”、白族的“三月街”等节日，因群众集中，是做宣传的极好机会。

(8)其它形式。

四、卫生院顺利实施健康教育的必要条件

根据我国当前农村的具体情况和特点，卫生院若要顺利实施健康教育，必须具备以下条件。

1.得到领导的重视和支持 争取乡、村两级党政领导的重视和支持，将健康教育工作列入计划和议事日程，统一安排部署，保证健康教育的顺利实施。

2.做好组织领导工作

(1)为行政领导当好参谋，制定本乡的健康教育规划。

(2)建立健全乡、村两级卫生宣传教育网。

(3)定期对院内工作人员、乡村医生、卫生宣传员进行卫生知识培训，提高他们的工作能力和专业水平。

(4)建立宣传教育档案，掌握本乡居民的健康资料。

(5)建立宣传阵地，提供宣传资料。

(6)抓好典型，总结经验。

3.有关部门的密切配合协作

(1)与学校合作：在对中、小学和托幼教师进行培训的基础上，在中、小学开设卫生教育课，有针对性地进行卫生知识教育。

(2)与文化、宣传部门合作：乡村电影管理站(电影放映队)、有线广播、文化站(室)等都是农村的重要宣传机构，要充分利用这些宣传工具和场所，开展健康教育。

(3)与商业部门合作：农村的供销社、饭店等部门是主要的服务部门，它们经营的商品与健康有密切关系，故可结合商品出售，开展健康教育。

(4)与农业技术推广部门合作：农村的环境卫生和环境保护与农业生产关系十分密切，农业产品的经营和管理又可直接影响人群健康，所以，卫生院与农业部门配合开展健康教育也是十分必要的。

第六节 村卫生室的管理

我国农村的村卫生室，是农村三级医疗卫生网的最基层单位，是开展农村初级卫生保健的前哨阵地。加强对村卫生室的指导和管理，不断提高其管理水平和业务技术素质，是农村卫生院责无旁贷的经常性的任务。

一、村卫生室的性质和任务

1.村卫生室的性质 村卫生室是在村民委员会领导下，靠集体经济组织和群众集体(含农村卫生人员集体或个人等)建立起来的社会卫生福利事业。

2.村卫生室的任務

(1)宣传和执行国家制定的卫生工作方针、政策和法规，宣传卫生科学知识，实施初级卫生保健。

(2)发动村民开展以除害灭病为中心的爱国卫生运动，做好“两管五改”(管水、管粪；改水井、厕所、畜圈、炉灶、环境)的技术指导工作。

(3)负责本村预防接种、计划免疫、疫情报告、传染病管理和疫区处理。

(4)负责对本村工厂企业、服务行业和农业劳动的卫生监督。

(5)诊治常见病、多发病，对于不能诊治的疑难重症，及时转诊。

(6)开展妇幼保健，推行新法接生和科学接生，保护妇女和儿童健康。

(7)宣传晚婚、计划生育、优生优育知识，进行计划生育技术指导。

(8)对本村居民实行健康管理。

二、对村卫生室的管理

1.村卫生室的规模和布局 村卫生室的规模和布局一般取决于四个条件：①服务半径；②技术力量；③经济基础；④房舍建筑。

根据以上四个条件，各地可将村卫生室划分成甲、乙、丙(或一、二、三级)级分类指导，其标准可因地制宜地制订。

甲级卫生室，大致是经济条件好，人口多，乡村医生技术水平较高的卫生站(室)，其标准可为：①按人口每500~1000人有一名卫生人员，有两名以上乡村医生，其中需有一名女乡村医生。②业务用房有三室一房(诊室、处置室、妇检室、药房)。条件好的有小型X光机和检验设备，并可设简易病床。③技术水平较高，能防治常见病、多发病和处理一般急症；会科学接生，处理一般难产；能做清创缝合、脓肿切开引流、急救包扎、拔牙等一般小手术。④库存药品和现金，按人口计算全村每人平均有3~5元以上的资金。⑤有比较健全的规章制度，各项工作管理得好，基本达到“文明单位”标准。

丙级卫生室的标准是：只有一名乡村医生(或经卫生局考试合格的卫生员)，有诊室、药房，或一室多用和一些简单的诊疗器械。能防治一般的常见病、多发病、会静脉、肌肉注射，处理一般小外伤，会新法接生等。全站(所)的资金在500元以上，管理比较正规者。

介于二者之间的为乙级卫生室。达不到丙级卫生室标准的，为不合格卫生室。

2.村卫生室的人员和设备

(1)村卫生室的人员编制，应根据村民人口多少，防病治病任务大小和服务半径远近来确定。原则上每500~1000人口配备一名乡村医生，两名以上者应有一名女乡村医生。

(2)配备乡村医生必须选用热爱农村卫生事业，身体健康，具有初中以上文化程度，经过业务技术培训，考试考核合格，获得乡村医生证书者。

(3)乡村医生的选用、调动、撤换，必须由村民委员会讨论提出意见，经乡卫生院考核，乡政府审查批准，报县(市、区)卫生局备案。

(4)农村卫生院要协助政府建立健全村卫生室人员的档案，每年对村卫生室人员的医德医风、工作态度、技术水平、业务学习、防病治病的数量质量和经济效益等进行一次全面检查和考核，并将考核结果装入档案，作为奖惩和评定报酬的依据。

(5)农村卫生院要协助村民委员会加强村卫生室人员的思想政治工作，鼓励他们文明行医，礼貌服务。同时要定期召开村卫生室人员例会，进行业务学习和业务技术培训，鼓励自学成才，不断提高业务技术水平。

(6)村卫生室的设备，要根据需要和经济情况购置，并进行登记造册，妥为保管。比较贵重的医疗设备，如X光机、心电图机、检验设备等，还应建立保管维修档案；消耗类器材，如针管、针头、胶管等，应建立登记领用以及损坏赔偿制度。

(7)农村卫生院应指导村卫生室人员掌握使用医疗器械的方法，熟悉器械的性能、作用，懂得一般的维修保养知识。

3.加强对村卫生室的行政管理

(1)农村卫生院要指导和帮助村卫生室明确人员职责，建立健全岗位责任制，做到各负其责，分工协作。

(2)农村卫生院要指导和帮助村卫生室建立健全规章制度和技术操作常规。要结合实际制定规章制度，并经卫生室全体人员充分讨论。制定之后，公诸于众，严格执行。

(3)农村卫生院要指导村卫生室搞好物品管理。物品管理应做到：①设有物品保管卡片，做到及时登记，实行卡片管理；②物品的保管和使用，要落实到人头；③物品要定价、定使用期限、定摆放陈列地点。见表4—2。

表 4—2 物品保管卡片

品名	规格	单位	价格	使用期限	年月日	保管人
----	----	----	----	------	-----	-----

(4)农村卫生院要指导村卫生室加强室容室貌建设，搞好绿化、美化和清洁卫生。

4.加强对村卫生室的信息管理 村卫生室的信息是卫生信息的最基层来源之一。为保证信息的真实性、准确性、及时性、科学性，农村卫生院要加强村卫生室的信息管理，做好以下几方面工作。

(1)村卫生室要注意收集、保存有关统计资料。保证资料的完整性、真实性、可靠性。

(2)村卫生室要及时按要求汇总、上报有关信息统计情况，不可估报、错报、漏报。

(3)组织村卫生室人员学习信息统计有关知识，使之懂得信息统计资料的基本收集方法及有关数据的计算方法和意义，以保证资料的科学性。

(4)教育村卫生室人员有高度的责任心。信息工作需要从事信息工作的人员认真、负责、细致、严谨，万万不可马虎从事，要知道，“差之分毫，谬之千里”，一个数字的失误，将会影响全乡、甚至全县的卫生统计工作。

5.加强对村卫生室的社会卫生工作管理 农村卫生院要指导和督促村卫生室贯彻“预防为主”的方针，切实做好下列工作。

(1)指导村卫生室按规定要求做好传染病管理工作。

(2)指导村卫生室按规定的程序做好计划免疫工作。

(3)指导村卫生室完成疾病监测任务。疾病监测简单地说，就是流行病学观察。它是根据流行病学理论，分析人群中疾病的分布动态，影响分布的因素，制订防治对策、措施，以及对这些防治措施进行科学评价。疾病监测的目的是为了消灭和控制危害人民健康的传染病、地方病、常见病和多发病。

(4)指导村卫生室开展爱国卫生运动，创建卫生文明村寨。

(5)指导村卫生室做好妇幼保健和计划生育技术指导工作。

6.加强对村卫生室的医疗管理 医疗管理应运用科学管理的思想和方法，合理地组织人力和物力，充分发挥乡村医生多面手的特点和少量药品、简单设备的效能，而取得最佳医疗、预防、保健和康复的效果，保证初级卫生保健各项任务的完成。

(1)村卫生室全体人员应熟悉初级卫生保健的任务，征得村干部对卫生工作的领导，保质保量并及时地完成预防接种，妇幼保健、环境卫生、食品卫生、疾病普查普治及健康调查等工作，提高人群健康水平。

(2)做好危重病人的现场急救及转诊工作。对农村卫生室解决不了的急危重症患者，乡村医生要亲自及时护送到乡卫生院或其它上级医院，负责介绍病情及转送途中的急救措施。

(3)门诊和巡诊。门诊每日至少有一名乡村医生值班。如发现法定传染病应立即报告乡卫生院，据初步诊断进行疫区处理。卫生室可设观察床，用来处置行动不便或病情较重需观察治疗的病人。巡诊前需检查往诊包，备齐药品。建立病志或保健手册，填写急重症登记表、传染病报告卡等。

(4)家庭病床管理，掌握适于家庭病床疾病的适应症，建立查房及会诊制度、处置制度和病历书写制度。

(5)护理管理。乡村医生需全面掌握各种消毒方法及无菌技术，掌握各种医疗器械的清洁处理及保养方法。严格执行无菌操作常规，肌肉注射要做到一人一针一管。做好传染病隔离，防止蔓延。防止医源性感染、输液反应、注射部位化脓、手术感染等。要十分注意医疗安全，防止医疗事故和医疗差错的发生。

7.加强对村卫生室的经济管理 当前最重要的问题是，必须要求卫生室建立起财务科目(含收入科目、支出科目、会计账簿和会计凭证等)，会计制度，财务监督等基本的管理制度，并严肃认真地贯彻执行。

8.加强指导 加强对创建“文明卫生室”活动的指导并定期对卫生室工作进行考核评价。

第五章 经济管理

第一节 概述

一、经济管理的基本概念

经济管理同技术管理、行政管理一样，是农村卫生院科学管理的一个重要组成部分。经济是基础。经济活动与卫生服务紧密地联系在一起，渗透在卫生服务的全过程。农村卫生院的管理人员必须对它有所了解和熟悉，这样才能有发言权，正确地行使决策权、指挥权。

什么是经济管理？经济管理是运用经济手段对社会再生产的过程，包括生产、分配、交换、消费等各个环节进行的组织、指挥、监督和调节。从农村卫生院来说，农村卫生院的经济管理就是应用卫生经济学的理论和方法，正确认识和处理农村卫生服务过程中的经济活动和经济关系，在保证社会效益的前提下，提高经济效益，以满足农村居民对医疗保健日益增长的需求。

卫生经济学是一门新兴的部门经济科学，主要研究卫生服务过程中的经济活动和经济关系的发展规律。研究的内容包括：①卫生服务劳动的性质和特征；②卫生事业的经济性质，以及在经济和社会发展中的地位、作用和所占比重；③卫生部门的所有制结构；④卫生服务的生产、交换、分配、消费的具体形式和特点；⑤卫生机构的合理设置、布局 and 规划；⑥卫生资源（人力、物力、财力）的合理筹集、分配和使用；⑦经营管理的原理和原则等等。农村卫生经济的研究，就是要联系农村卫生的实际，对上述问题进行研究，以求找出它的规律性。例如，如何正确处理国家、集体经济组织、卫生服务消费者与农村卫生组织的经济关系；如何正确处理社会效益与经济效益的关系；如何合理利用卫生资源来维持和发展农村卫生事业等等。这些都有其自身运动的规律性，需要研究和阐明。这对搞好农村卫生院的经济管理是有指导意义的。

二、经济管理的产生和发展

1979年元旦，卫生部门正式提出经济管理。当时任部长的钱信忠同志根据党的十一届三中全会的精神，对新华社记者发表了卫生部门也要按经济规律办事的讲话。同年3月，卫生部在上海召开的会议上，总结推广了黑龙江省延寿县“全额管理，数量统计，实耗实销”的药品管理改革，以及吉林省德惠县科室经济核算等经验之后，卫生部、财政部和劳动总局于同年4月28日发出《关于加强医院经济管理试点工作的通知》。通知指出，医院实行经济管理就是用经济方法管理医院的业务活动和财政收支，以保证医疗、预防、科教等任务的完成。同时确定实行“五定”：定任务、定床位、

定编制、定业务技术指标、定经费补助，搞定额管理，搞经济核算，搞考核奖惩。并对国家补助医院“包工资”的办法改为“全额管理、定额补助、结余留用”的制度。同年11月5日，上述主管部门又根据全国676个试点单位的情况，发出了“补充通知”。从此，经济管理由点到面地逐步推开，扩大到全额预算支出单位，如卫生防疫、妇幼保健、医学科研等单位，开展增收节支活动。

农村卫生院的经济管理参照上述精神也逐步由点到面推开。据报导，到1980年6月底止，农村卫生院实行经济管理的有12725所，占总数的23.3%，到1981年底达50%左右，到1985年底已全部实行。1985年5月6日《国务院批转卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告》中提出的各项改革措施，更为农村卫生院的经济管理指明了方向。例如在经济管理的改革方面：①国家对医院的补助经费，除大修理和大型设备购置外，实行定额包干，补助费确定后，单位有权自行支配使用。对其它卫生机构实行预算包干的办法。对集体卫生机构按完成医疗预防保健任务的情况进行补助。负责卫生防疫和妇幼保健工作的单位，其经费开支，从防疫和妇幼经费中拨给；②卫生机构内部要实行适合卫生单位特点的责、权、利相结合的各种形式的管理责任制；③集体卫生机构要在人事、财务和经营管理方面享有充分的自主权，实行独立核算、自负盈亏。按劳分配、民主管理的制度。除留适当的公积金和公益金外，工资、奖金可按照有关规定根据集体收入和个人服务好坏、实行上下浮动等等。

几年来，通过经济管理的实践是有一定效果的。主要表现在以下几个方面：一是增强了经济意识，吃“大锅饭”的思想开始有所转变；二是培训了一批经济管理人员，经济管理水平相应地得到提高；三是加强了经济核算，明确划分了经济责任；四是享有了一定限度的自主权；五是增加了合理收入；六是减少了不必要的支出；七是调整了国家、集体、职工与患者四个方面的经济关系；八是改善了设备条件，有助于诊断、治疗，以及预防保健等工作质量的提高；九是调动了职工的积极性，服务项目有所扩大；十是提高了社会效益，使社会上更多的人得到良好的卫生服务。但是，在经济管理的实践过程中，也出现了单纯“向钱看”的苗头，有的甚至不择手段地增加了国家、集体或个人不合理的负担。

为此，必须进一步端正经济管理的指导思想，正确处理社会效益与经济效益的关系，在保证社会效益的前提下考虑经济效益。同时，要贯彻“同步改革”，这样才能使经济管理持久地坚持下去。当前，在自主权问题上还没有得到应有的尊重和兑现。尤其是对农村卫生院要实事求是地进行调整，这样才能使农村卫生院焕发出应有的活力。

三、农村卫生院的经济性质

目前国内对卫生部门(包括农村卫生院)的经济性质，概括起来有三种认识：

1.福利性(事业性) 主要依据是：①社会主义制度决定了社会主义卫生事业的福利性。《中华人民共和国宪法》(1982年)第45条规定：“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下，有从国家和社会获得物质帮助的权力。国家发展为公民享受这种权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”根据这个规定，国家提供部分免费或部分低于医疗成本价格的医疗照顾；②卫生工作的宗旨是“救死扶伤，实行革命

的人道主义。”(毛泽东追悼白求恩同志题词, 1935年12月。健康报, 1947年5月12日。); ③卫生部门的资金来源(应指全民所有制的全额预算单位)主要来自国民收入再分配中的消费基金和工矿企业初次分配中的福利基金。就是基本建设也主要来自积累资金中的非生产性基本建设基金, 由医疗卫生单位无偿使用。正如马克思所指出的, 到了社会主义社会“用来满足共同需要的部分, 如学校、保健措施等”, “和现代社会比起来, 这一部分将会立即增加, 并随着新社会的发展而日益增加。”(马克思《哥达纲领批判》。北京, 人民出版社, 1965年版, 第12~13页。); ④不要求卫生部门向国家上缴利润, 积累资金; ⑤免征税收, 包括自制、自用的药品制剂和零售的药品。

2.商品性(经济性、生产性、企业性) 主要依据是: ①医务劳动具有生产性质。它是以“保护健康, 保持一切价值的源泉即劳动力本身”为目的。(马克思“剩余价值理论”, 《马克思恩格斯全集》, 北京, 人民出版社, 1972年版, 第26卷第1分册, 第159页。)它不仅为维护劳动力服务, 也为劳动力的再生产服务。按马克思的观点, “这些服务应加入劳动能力的生产费用或再生产费用。”(同上)他特别指出, 医生的服务, “可以把它算入劳动能力的修理费。”(同上); ②卫生服务同样受社会主义经济规律即国民经济有计划发展规律、价值规律、按劳分配规律等支配。尤其是在现阶段商品经济条件下, 还得讲等价交换, 其它物质生产部门对卫生部门供应的商品, 并不因为卫生部门的福利性质而优惠。卫生单位消耗的活劳动和物化劳动也必须得到应有的补偿; ③卫生部门除精神产品外(如论文、示教等), 同样生产物质产品(如药品制剂、假肢、镶牙等)和劳务产品(如诊断、检验、手术、护理等); ④政策规定要集体所有制的农村卫生院实行独立核算、自负盈亏的经营原则, 这就意味着要办成一个经济实体, 实行经营管理; ⑤国家规定卫生部门属于第三产业, 同样需要计算产值, 并计入国民生产总值。

3.两重性, 即既有福利性, 又有商品性 这两种属性并不是并列的。一种意见认为福利性是本质属性, 但寓有商品性, 而另一种意见认为商品性是本质属性, 福利性是国家或社会赋予卫生部门的职能。也就是说, 国家或社会可以赋予卫生部门实行全部或部分的医疗照顾, 也可以不赋予任何医疗照顾。从世界范围来说, 这并不完全是由社会制度所决定的, 重要的还取决于资源的可供性和决策者的意向。

两重性对应关系的表述目前还不一致, 有人认为福利性也是经济性质的表现。事业性的对应关系是企业性。所以, 此处两重性的表述采用福利性与商品性对应。

从农村卫生院现阶段实际情况出发, 它们的经济性质可否做这样的概括: 从医务劳动的性质来说是生产性, 从经营性质来说是两重性; 从所有制性质来说, 既有集体所有的(约占全国农村卫生院的三分之二), 又有全民所有的, 还有在改革中出现的联合体所有等多种形式。

农村卫生院在卫生服务的全过程中, 存在经济活动。有经济活动, 如同一切企业单位一样, 有收入, 有支出, 也就要有核算, 就要讲经济管理。这是农村卫生院经济性质所决定的。要防止一种偏向, 认为卫生部门是福利事业, 就不需要讲经济管理了, 由此采取“亏多少由国家补多少”、吃国家“大锅饭”的态度。与此同时, 也要防止“一切向钱看”的偏向。

第二节 经济管理原则及主要内容

农村卫生院实行经济管理是一项新的工作，随着改革的不断深入，卫生院经济管理也在不断地完善。为了保证经济管理工作的健康发展，卫生院在实行经济管理中必须坚持正确的原则，并掌握经济管理的主要内容。

一、经济管理原则

卫生院实行经济管理必须坚持以下原则：

(1)把社会效益放在首位，以全心全意为人民健康服务为根本宗旨，坚持社会主义办院方向，认真执行党和国家的有关方针，政策和财经纪律。

(2)卫生院增加收入绝不能靠加重病人的不合理经济负担，而是通过提高医疗技术水平，改善服务态度，提高服务质量，扩大服务范围来实现。

(3)坚持按经济规律办事，加强成本核算，实行勤俭办事业，力求用较少的投资，获得尽可能多的效益。

为了保证卫生院经济管理工作的健康发展，卫生院除必须坚持上述原则外，并要正确处理以下几个关系。

(1)正确处理经济管理与行政管理的关系。加强经济与加强行政管理，都是保证卫生院各项工作正常运行和完成各项任务的手段和方法，两者同等重要，缺一不可。它们是互为补充，互相促进，相辅相成的关系，不能互相代替。

(2)正确处理经济与思想政治工作的关系。经济管理不是万能的，用经济管理来解决卫生院的一切问题也是不切合实际的。许多思想问题必须通过思想政治工作去解决，因此，在经济管理中要重视思想政治工作，两者需有机地结合起来。

(3)正确处理经济与技术的关系。加强技术管理，提高初级卫生保健及医疗、防疫和妇幼保健工作水平，是卫生院的首要任务。加强经济管理是为了提高经济效益，把增收节支的经费用于改善工作和生活条件，搞好人员培训，添置医疗设备，促进技术水平的提高。而加强技术管理，提高了技术水平，也有助于业务收入的增加，使经济管理工作进一步加强。

(4)正确处理经济与开展卫生防疫、妇幼保健工作的关系。卫生院实行经济管理，要克服重医疗，轻防疫和妇幼保健工作的倾向。开展防疫和妇幼工作往往没有或很少有经济收入，因而一方面县卫生行政部门要在国家补助经费中优先保证这两项工作的补助，另一方面要求卫生院在提高对开展卫生防疫和妇幼保健工作重要意义的认识的基础上，采取必要的经济手段，在防疫和妇幼工作中实行有偿服务，收取必要的劳务费，花较少的投资取得最好的效果。

(5)在实行经济负担中，必须正确处理国家、集体和职工三者利益的关系。既要保证完成上级交给的医疗、防疫和妇幼保健各项任务，注意增加卫生院积累，努力发展卫生事业，又要体现多劳多得，以调动职工的积极性。

二、经济管理的基本内容

卫生院的经济管理内容比较广泛，包括计划管理、财务管理、资金管理、基本建设管理、药品和各种财产物资管理、设备管理，实行多种形式的管理责任制，成本核算等等，本节将主要论述药品的经济管理、各项财产物资管理、收费工作管理、经营管理责任制、浮动工资管理以及成本核算。其它内容见有关章节。

1.药品的经济管理 药品的经济管理是卫生院经济管理的重要内容。在卫生院全部资金活动中，药品收入约占全部门诊、住院收入的60~70%，药品消耗约占全部业务支出的40~50%，占整个流动资金的70~80%，加强药品的经济管理，最重要的是对药品实行“金额管理、数量统计、实耗实销”的管理办法，防止浪费流弊，努力实现药品加成率指标，加快药品资金周转，提高卫生院流动资金利用效率。

(1)实行“金额管理、数量统计、实耗实销”的管理办法：“金额管理”是指对卫生院的药品实行批发、零售两种价格的计算方法，即药库购入，拨出按批发价；药房对药品的领进和销售，按零售价计算。为了及时准确反映资金活动情况，要求药库和药房要随时和财会、收费人员核对帐目，做到日清月结，遇到差错要查明原因。“数量统计”是指按照规定的零售药品统计范围，对进销的零售药品逐日进行数量统计，月(季)末盘点核对实物。卫生院除对麻醉、毒、限剧药品和紧缺、贵重的西药和中成药必须实行数量统计外，其它药品的数量统计可视卫生院大小，业务繁简而有所不同。“实耗实销”是指零售药品由药房根据处方划价和收费处实收款核对后，销减药房存药金额，非零售药品要根据各科室实际领用数列支并销减库存，达到实耗实销的目的。

(2)严格把好药库、药房、会计三关：①把好药库关。药库负责制定药品采购计划以及购回药品的验收入库，库存药品的管理和药品出库。药品采购计划要根据医疗任务、药品的耗用和库存情况来定。药品入库时，药库应根据发票按药品的品名、规格、数量、单价和药品的质量等，认真检查验收。加盖“验收”戳记及验收人员名单，入库的药品应填写“库存药品卡片”。药房从药库领出药品，药库应填制一式三联的“药品材料出库单”，同时在“库存药品卡片”上做出库记载。②把好药房关。第一，掌握好领取药品：药房从药库领取药品后，凭“药品材料出库单”的第二联按零售金额登记“药库药品金额管理帐”，根据“药品材料出库单”的零售金额记入拨入金额栏，根据药品日销汇总金额记入消耗金额栏。第二，做好药房药品消耗统计：药房按日根据划价的处方通过分类整理，计算汇总金额，与收费处核对相符后，填制一式三联的“药品销售收入核对表”。第三，做好科室领药统计，各科室领取备用的急救药品和一定数量的常备药品，应统一由药房设专簿登记控制，实行定额管理。领取的药品仍算药房药品库存的一部分。各科室和下乡巡诊医生消耗的药品应凭处方定期汇总，到药房领取补齐，药房要定期与其清点核对。③把好会计关。第一，设立必要的会计科目，为便于核算，在总帐的资金来源类设“进销差价”科目，在资金结存类设“零售药品”科目。在这两个科目下应按类属关系设置二级科目，若卫生院小，可通过掌握各种调拨凭证来加以控制。第二，做好帐务处理，包括购入药品、药房领药、药品销售、月末结帐、年终决算等方面。月末结算时，会计应结出库存药品，零售药品的金额，药库则根据出入库凭证结帐并与会计核对，药房根据“逐日销耗统计表”记帐并与会计核对。药库、药房和会计帐不符时，应查找原

因。属于破损或合理损耗的，应填“破损报告表”，经院长审批后调整帐目，盘盈时应做其它的收入处理，盘亏时应做经费支出处理，年终结帐时，“零售药品”和“进销差价”两科目的金额应如数结转下年，在填报决算表时，应将零售药品金额减进销差价金额加上库存药品金额，即等于全部库存药品金额。

(3)做好药品的盘点和调价：①药品盘点。卫生院的药库和药房应每个季度对药品进行清查盘点；并填制“季度药品盘存报告表”。盘点后将帐目与实物进行核对，并检查药品是否变质。对药品的盘盈盘亏，经分析后编制“药品盈亏报告表”。对长期销售不出去的冷背滞销药品以及变质药品应专项统计，经院长或报请县卫生行政部门批准核销后，再进行帐务处理。②药品调价：药品调价要及时进行处理，对药库，药房现存药品金额做相应调整，由药库药房分别清点调价品种的现存数量，填制一式二联的药品材料调价单。

(4)制剂室的经济管理：卫生院制剂室自制的药品应进行成本核算，实行五定的管理方法即定产值、产量、品种、质量、支出，并单独设帐。生产的药品价格要合理，一般可按同品名的批发价，无价格比较的可按实际成本消耗比较确定。

(5)加快药品资金周转：药品的经济管理在实行“金额管理、数量统计、实耗实销”以后，要继续深入一步，加快药品资金的周转，加速货币—药品—货币的流通过程。为此必须抓好以下六个环节：①筹备好药品周转资金。在筹备药品周转资金时，首先要核定药品储备定额。药品不同于其它商品，必须要有适当的库存，否则不能适应防病治病特别是急诊抢救的需要，同时又不能库存过多，以免积压资金。一般来说，卫生院药品储备量(包括药库和药房)保持月药品平均消耗额的三倍即可，这样药品资金一年可周转4次，若储备量为月药品平均消耗额的四倍，则药品资金一年才能周转3次。有关计算公式如下：

$$\text{月药品平均消耗额} = \frac{\text{全年药品消耗金额}}{12}$$

$$\text{药品周转资金额} = \text{月药品平均消耗额} \times \text{储备期}(3\text{或}4)。$$

药品储备一经确定以后，不能随意增加。卫生院不仅要控制总储备定额。而且要对各种药品的储备定额加以控制。可采用ABC分析法按类分别管理。ABC分析法是在巴列特(Pareto)曲线分析的基础上形成的一种管理方法。A类药品品种少，但消耗金额大，C类药品品种多，但总消耗金额小，B类药品品种和消耗金额都居中。为此，在保证医疗使用的前提下，对A、B类药品要保证有足够的储备，对C类药品要严格控制储备量，由于一般冷背滞销药品大多属于C类，所以C类药品金额要控制在整个药品储备金额的10~15%左右。②做好采购计划。做好计划一定要了解医疗的需要，根据需要确定采购的品种、数量、规格等。一般可参照本单位近几年使用药品的规律和今后对药品的需要制定购药计划。③搞好采购。有些偏远且规模小资金不足的卫生院可采取联合购药的方法，由几个卫生院成立联合购药组，集中资金、统一购药，分户立帐，具体业务由较集中的卫生院兼办。④搞好运输。在药品运输中特别是长途多次转站的运输，要防止药品的损坏和丢失。⑤做好保管工作。防止积压、损耗、丢失、变质或过期失效等。⑥加强药房管理。药品出库后，药房要按零售价管理，并与处方发药的金额相符，以控制药品的浪费和流弊。

(6)药品经济管理工作的考核：考核指标包括以下几方面：1.药品加成率。指药品的差价与批发价的百分比，计算公式为：

$$\text{药品加成率} = \frac{\text{药品差价}}{\text{药品零售价} - \text{药品差价}} \times 100\%$$

药品加成率要与药品差价率分清，药品差价率是指药品的差价与零售价的百分比。计算公式为：

$$\text{药品差价率} = \frac{\text{药品差价}}{\text{药品零售价}} \times 100\%$$

西药、中成药、草药的药品加成率和药品差价率见表 5—1。

	药品加成率	药品差价率
西药	15%	13.045%
中成药	16%	13.793%
草药	25%或 30%	20%或 23.077%

在实际工作中，如果知道药品毛收入(即零售价)即可计算药品的纯收入，如西药、中成药、草药各收入 100 元。则其纯收入分别为 13.04 元、13.79 元、20 元或 23.08 元。同样如果知道了药品的毛收入和药品的差价，就可计算药品加成率，从而可以检查药品管理中是否有浪费和流弊。②划价准确率，有两种计算方法，一种是按处方张数计算，另一种是按处方金额计算。计算公式分别如下：

$$\text{划价准确率} = \frac{\text{处方总张数} - \text{错划张数}}{\text{处方总张数}} \times 100\%$$

$$\text{划价准确率} = \frac{\text{总金额} - (\text{多划金额} + \text{少划金额})}{\text{总金额}} \times 100\%$$

(3)药品损耗率，是考核药房和药库对药品保管情况的指标，一般规定正常损耗率为 2%，超过 2%时要认真追查原因，这一指标可分别按单项，综合及药库、药房、全院计算，其公式为：

$$\text{药品损耗率} = \frac{\text{计算期内药品实际损耗金额}}{\text{计算期内药品消耗金额} + \text{期末库存金额} - \text{期初库存额}} \times 100\%$$

4.库存差异率，是考核药房和药库保管药品情况的指标，每次盘点后可分别对药库、药房计算检查，其公式为：

$$\text{库存差异率} = \frac{\text{库存帐物差额}(\text{帐面金额} - \text{盘点总额})}{\text{盘点期药品收入总额}} \times 100\%$$

5.资金利用率，是考核药房和药库药品储备情况的指标，药品储备多、超过储备定额，而销售少，资金利用率就低，其公式为：

$$\text{资金利用率} = \frac{\text{计算期内药品销售额}}{\text{计算期内药品平均占用额}} \times 100\%$$

此外，为考核药品资金周转速度的快慢对资金效果的影响，可采用药品资金周转次数、药品资金周转天数等指标，其公式为：

$$\text{药品资金周转次数} = \frac{\text{计算期药品消耗额}}{\text{计算期药品平均占用额}} \times 100\%$$

$$\text{药品资金周转天数} = \frac{\text{计算期天数}}{\text{计算期药品资金周转次数}} \times 100\%$$

2.各项财产物资的管理 卫生院对卫生材料、印刷品、办公用品、医疗杂品要根据不同科室的不同情况，定出合理的消耗定额，实行金额管理。其它财产物资的管理要做到帐物相符，固定资产的管理要落实到科室和个人。搞好维修保养，提高医疗仪器设备的完好率和使用率。

(1)卫生材料实行定额管理：卫生院在卫生材料的管理中，应采取“以收定销”的办法，即按照本地区统一规定的医疗收费标准，在保证医疗质量的前提下，参照各科室的卫生材料的实际消耗水平，规定每个科室卫生材料消耗定额，即收入一元医疗费允许卫生材料消耗多少，对节约者应给予奖励，对管理不善，造成卫生材料浪费、丢失而超过定额者应予以经济惩罚。在加强管理以后，若实际收入和消耗的比例与原规定有较大差距，应及时调整定额。

下面列举卫生院卫生材料(包括低值易耗品和常用药品)的定额比例，供参考。见表5—2。

(2)印刷品、办公用品实行金额管理：卫生院的医疗印刷品及办公用品应实行金额管理，即按各科室人数确定包干金额。由会计每季度发放一次，科室统一掌握使用，或采取内部代金券的办法，按规定包干金额，发给代金券凭代金券购买，超花不补，节约归科室。

(3)医疗杂品实行定时定量管理：劳保用品如医务人员的白大衣、帽子、口罩、有关人员的工作服，应按国家规定定量限时发给，清洁用品，如毛巾、肥皂、洗衣粉等应按月或季定量发给，清洁工具可实行定时供应，以旧换新，各季取暖燃料可实行大包干，规定为每种炉子每天供煤多少，定量管理，其它用品，如电池、电筒、蜡烛等也应定时定量发给。

(4)固定资产的管理：固定资产的划分标准为单价20元以上的一般设备，单价在50元以上的专用设备，其耐用时间在一年以上。此外有的单价虽不满20元或50元，但耐用时间在一年以上的大量同种类的设备，也应做固定资产。

从具体实物看，卫生院的固定资产大体分为五类。第一类：房屋和建筑物，包括附属设备；第二类：专用设备，包括医疗器械、仪器设备等；第三类：一般设备，包括一般交通工具、办公与业务用的设备和家具，以及锅炉、发电机、洗衣机械等；第四类：被服装具，包括被服装具和劳保用品等；第五类：图书，包括各种报刊、杂志等。

在固定资产管理中应坚持做到五个统一、三个清楚。五统一是：统一计划、统一申请、统一采购、统一调配、统一管理；三清楚是：物资保管清楚、领取手续清楚、帐务清楚。卫生院会计应设置“固定资产基金”帐户和“固定资产”帐户。财产保管员要设置固定资产明细帐，分类编号进行登记，做到物物有帐，帐物相符，帐帐相符。

表 5—2

各科室卫生材料定额比例及范围

科室	定额比例	卫生材料及消耗品范围
注射室	15%	棉花、胶布、酒精、碘酒、消毒药品、针头、针管、输液器、胶管、竹签、手套、体温计、刀片等。
处置室	20~25%	纱布、绷带、棉花、胶布、碘酒、酒精、消炎粉、消毒药品、软膏、胶管、刀片、手套、缝合针线等。
手术室	20~25%	同上
妇产科 (含计划生育门诊)	10%	纱布、棉花、碘酒、酒精、软膏、新洁尔灭、手套、导尿管、针头、针管等。
五官科	20%	纱布、绷带、棉花、胶布、碘酒、酒精、消炎粉、双氧水、来苏尔、软膏、本科其它常用药品、刀片、缝合针线等。
口腔科	20%	同上
针灸室	5%	棉花、酒精、毫针等。
检验室	20~25%	棉花、酒精、碘酒、蒸馏水、消毒药品、有关试剂、玻璃片、试管等。
放射室	30~35% 或 10%	棉花、纱布、胶布、硫酸钡、胶片、显定影粉。 棉花、纱布、胶布、硫酸钡、胶片按成本卖给放射室，减去 5% 胶片损耗，每盒片供显定影液各一加仑。
功能检查室	10%	棉花、甘油、心电图纸等。
制剂室	40%	纱布、酒精、瓶子、安瓿、各种制剂原料。

在固定资产管理中要掌握好固定资产的增加、领用、减少、盘存和使用五个环节。

1 固定资产的增加。增加的固定资产包括基本建设，购入、自制及外单位无偿调入的固定资产。基本建设在完工验收交付使用时，应增加固定资产及其来源记录；购置固定资产应有计划，购回后由财产保管员验收合格后交付使用，同时填写购入物品验收单一式二份；自制设备中凡耗用的材料工时，其数额达到固定资产标准的按固定资产核算，凡无偿调入的，按调拨单验收后交付使用，按调拨价入帐。②固定资产的领用。领用固定资产由财产保管员在明细帐内登记，并填写领物单一式二联。③固定资产的减少，包括无偿拨出和报废的固定资产。调拨时应凭上级的调拨单，由会计和保管员分别做帐务处理。固定资产报废要按规定的审批权限办理手续，填写财产物资报废单一式三联。④固定资产的盘存。对固定资产除定期清点外，年终应全面盘存一次。盘存结果应填制固定资产盘存盘亏表，若有短缺应查明原因，属一般情况，由院长批准销帐，重大情况应报有关部门批准后核销。若盘盈则按原价或作价补记入帐。⑤固定资产的使用。各科室使

用固定资产要实行“三定”管理，即定位置、定数量、定负责人、做到物有人管，人有其责。每次清点后要填写科室物品登记表，注明物品名称、数量。下次清点时要核对，凡丢失的要查明原因，因管理不善而丢失或损坏的，要进行赔偿。

3.收费工作管理 卫生院的业务收入中，除药品收入外，另一部分就是各项劳务费(医疗费)收入。在卫生院的业务纯收入中，药品的纯收入和劳务费的纯收入一般是各占一半。因此，严格收费制度，加强对收费工作的管理，把应收的各项劳务费都收回来，这是卫生院经济管理中的一项重要工作。

目前有些卫生院在收费工作中存在不少漏洞，如拉关系送人情，不收费或少收费，或业务不熟，没有掌握各项医疗收费标准，该收的而未收；或手续不健全，未交费就给予治疗。

为堵塞漏洞，应严格收费制度，并从以下几方面加强管理：

(1)正确划价：卫生院的划价工作一般由药房兼管。药剂人员不仅要熟悉各种药品价格，而且要熟悉各项劳务费标准，除此外医护人员亦应掌握与本科室有关的收费标准。在不实行预交住院押金的卫生院，病房医生在给住院患者开处方时，应掌握患者交住院费和其它劳务费情况，随时将应收的劳务费填入处方中，防止拖欠和漏收。

(2)严格制度：应建立健全交费和收费制度，做到如数收费，拒绝赊欠挂帐，当日结算收入，与药房及有关科室核对现金收入数目，核对无误后转入传票并及时交给出纳员。

(3)健全手续：健全手续就是要求各科室必须凭交费证明才给予治疗。科室保存收费凭据。月末据此统计劳务费收入量。

(4)分清收费：为掌握药费和各项劳务费收入情况，必须分清收费。这样做不仅能检查药品是否达到应有的加成率，而且能检查劳务费是否漏收，不仅能计算全院纯收入情况，而且能考核各科室卫生材料与收入的比例。此项工作由收费员负责，依据收费存根或收费传票，不论采用哪种方法，都必须将西药、中成药、草药和各项劳务费分清楚。每日结帐时，要按收费存根或传票上各项收费分别统计，然后填写每日一式二联的收费明细表。

(5)会计把关，会计根据收费明细表作业务收入分类明细帐。并核算各科室卫生材料消耗与劳务费收入是否达到规定的比例。

4.多种形式的经营管理责任制 党的十一届三中全会以来，随着农村生产责任制的推行，卫生院也实行了多种形式的经营管理责任制，并在实践中不断加以完善，从而丰富了卫生院经济管理内容。

(1)经营管理责任制的基本内容：卫生院的经营管理责任制是在国家计划指导下，对卫生院的医疗、防疫，妇幼保健任务和经济活动进行管理的一种制度。它要求卫生院努力完成各项任务，并结合任务的完成承担一定的经济责任，国家赋予卫生院必要的经营管理权，并给予应有的经济效益。在卫生院内部，建立严格的岗位责任制(对行政人员)，技术经济责任制(对医护人员)，经济承包责任制(对后勤人员)，明确每个职工的责任，制定合理的定额和考核指标，使其劳动成果同其物质利益直接联系起来，做到责、权、利的统一，正确处理国家、卫生院和个人之间的物质利益关系，增强职工的主人翁责任感，调动他们的积极性，更好地为人民群众提供医疗保健服务。

(2)经营管理责任制的特点：①卫生院必须向国家承担责任，完成国家下达的各项任

务，接受县卫生行政部门按各种规定指标而进行的检查考核。②卫生院在国家计划指导下具有独立经营权，享有充分的人权、财权、管理权。卫生院实行院长负责制，对部分职工实行聘任合同制，有权决定职工的奖惩、晋升、录用、辞退或开除。在财权上，卫生院实行独立核算、自负盈亏、有权形成和使用卫生院的基金，上级主管机关和财政部门可以监督检查，但不能代替单位当家。对卫生院的财产物资有权支配使用处理，有权选择适用的技术，更新设备。在管理权上，卫生院有权根据本院情况制定合理的规章制度和各种细则。卫生院的自主权与国家的计划指导是辩证的统一，扩大自主权是为了充分调动积极性，更好地完成国家下达的各项任务，而不是脱离国家计划的轨道，自行其是。③体现国家、单位和职工三者经济利益的结合。在国家补助一定的经费条件下，单位任务完成得好，经营得好，有结余时，应使国家、集体、个人三者利益得到兼顾。经营管理责任制体现了责、权、利的结合，在责、权、利三者中，责是核心，权是手段，利是应有的成果。在全面完成各项任务的基础上，国家、集体、职工都获得了利益。

(3)经营管理责任制的具体做法：实行经营管理责任制，主要是明确每个科室和每个职工的职责，严格考核，把劳动贡献和个人利益挂起钩来。一般采取五定的办法，即：定出勤、定任务、定技术指标、定业务收入、定奖惩。还可采取其它方法，但都要根据本单位实际情况来定。

(4)实行经营管理责任制的管理：①向科室下达任务数量指标和质量指标时要从实际出发。科室要建立严格的岗位责任制，做到分工清楚，责任明确、任务落实。②确定任务指标要先进、合理，考核要严格、准确，只有认真考核、准确统计，才能区别优劣，减少在评比时的麻烦，做到奖惩有理有据。奖金数额要拉开距离，多劳多奖、少劳少奖，使奖金真正成为超额劳动的报酬。③组织好科室之间的协作关系，给各科室下达任务要使之互相衔接，密切配合。④坚持经济管理的原则，提高医护质量，遵守国家法令、不增加患者不合理的负担。要抓好医护人员的培训和业务学习，并保证医护人员在进修期间的工资待遇。要严格执行各项规章制度和技术操作规程，防止差错事故发生。⑤重视卫生防疫和妇幼保健工作，将其纳入经营管理责任制中，对负责防疫和妇幼工作的科室或小组应着重提出任务和技术指标要求。⑥加强思想政治工作，把经营管理责任制和建设社会主义精神文明一起抓。通过思想政治工作，使职工明确实行经营管理责任制的目的是为了提高医护质量，搞好各项卫生工作，而绝不仅仅是为了增加个人收入。在奖励时，除物质奖励外，必须有精神和荣誉的奖励，使职工不仅在物质上有所收益，在精神上也得到鼓励，使他们认识到自己劳动的积极性不仅是一种获得物质利益的手段，而且也是为国出力，为民造福的行动。

5.浮动工资的管理 浮动工资是农村卫生院几年来出现的一种新的分配制度。它与卫生院“独立核算、自负盈亏”的管理体制密切相连，符合“按劳分配”的原则。浮动工资的方法很多，其共同点是改变了干与不干，干多与干少都一样的“吃大锅饭”的做法。

(1)实行浮动工资的方法：浮动工资的方法大致有以下几种：①出勤工资与任务工资相结合。即将每个职工的基本工资分为两部分，50%为出勤工资，50%为任务工资，按照每人出勤天数和完成任务情况，工资上下浮动。出勤工资和任务工资的比例除可以5:5以外，还可以采取其它比例，也可用固定工资、出勤工资、任务工资各占一定比例的半浮动方法。②浮动工资加劳务提成。即将每个职工基本工资作为基数，折为基本底

分，从每月纯收入中算出每分值，按底分浮动。上浮不超过月工资的30%、结余的做积累，下浮不低于月工资的70%，低于此数时动用积累。劳务提成是指从各种劳务收费中提取一定比例来计算职工工作量，以此来解决出工不出力的问题，两部分加起来即为职工的报酬，③以完成任务情况进行工资浮动。即工资完全以任务完成如何来计算。任务中除工作表现和质量标准外，业务收入以劳务费收入来定，超额提成一定比例，工资向上浮动，完不成按比例扣发工资，工资向下浮动，此外还可采取固定工资与任务工资相结合；任务工资、质量工资与出勤工资相结合等等。方法多种多样，卫生院应采取适合本单位的做法。

(2)出勤工资和任务工资的比例确定和计算方法：浮动工资一般以出勤工资和任务工资两部分相结合的方法为好。两部分工资比例可用下列公式计算：

$$\text{出勤工资比例} = \frac{\text{药品纯利润} + \text{上级定额补助}}{\text{工资总额} + \text{福利费}} \times 100\%$$

$$\text{任务工资比例} = 100\% - \text{出勤工资比例}$$

为保证卫生院公务费，材料费、医疗杂支等开支，各项劳务费收入不能全部算做个人任务工资，任务工资只能占一定比例，其计算公式为：

个人经济收入占劳务费收入比例

$$= \frac{\text{劳务费收入} - (\text{公务费} + \text{材料费} + \text{医疗杂支})}{\text{劳务费收入}} \times 100\%$$

计算个人出勤工资和任务工资的方法：出勤工资按职工每月实际出勤天数计算，任务工资指职工每月应完成的任务收入指标，计算公式为：

$$\text{本人本月出勤工资} = \frac{\text{本人工资总额} \times \text{出勤工资比例}}{26} \times \text{本月实际出勤天数}$$

$$\text{应订任务工资} = \text{本人工资总额} \times \text{任务工资比例}$$

$$\text{实领任务工资部分} = \text{本人本月总的经济收入} \times \text{个人经济收入占劳务费收入比例}$$

(3)浮动工资的管理：①实行浮动工资要因地制宜。凡国家补助经费中有部分纳入集体人员工资分配的地方，可采取出勤与任务或工作表现、出勤与任务相结合的浮动办法。在国家补助经费不补助工资的地方，应以任务工资为主。②制定浮动工资细则要广泛发动群众，各类人员任务指标力求先进合理。指标过低，调动不起积极性；指标过高又会挫伤积极性。在实施中必须严格考核，统计准确，上浮有理，下浮有据。③实行浮动工资必须兼顾集体和个人两者利益，超收以后工资上浮，要注意合理分成，防止分光吃净。亏损时，不论工作任务完成的如何，也不能向上浮动工资。④实行浮动工资必须有利于提高医疗质量，有利于管理正规化。在确定指标时，不能只注重经济指标，还要定好质量指标，要根据各级各类人员的职责定医疗质量指标。对于完成了经济指标而没有达到质量要求的，要酌情扣发一定比例的上浮工资。此外，还要考核医疗文件书写、执行技术操作常规等情况，这些指标完不成，也要酌情扣发上浮工资。⑤实行浮动工资必须有利于调动各方面人员特别是医护人员的积极性，行政工勤人员要实行百分考核，按分多少决定浮动工资，上浮时不应高于医务人员向上浮动的平均数。在医务人员中要注意发挥老医护人员的积极性，定经济指标时要适当考虑，以避免他们因工资高、年龄大、身体欠佳或担任会诊和指导年轻同志的任务，使之部分任务完不成而出现工资下浮

的问题。

6.成本核算 为了用尽可能小的劳动耗费取得尽可能大的技术经济效益，卫生院需对医疗保健服务过程中的劳动消耗进行计算，其中最主要的是计算医疗成本，进行医疗成本核算。

(1)医疗成本的概念：马克思在分析资本主义商品时指出，资本主义商品的价值是由 $C + V + M$ 构成的， C 是已消耗的生产资料的价值； V 是已消耗的劳动力的价值； M 是工人创造的剩余价值； $C + V$ 构成资本主义商品的生产成本。这一论述对研究社会主义的医疗成本具有重要的指导意义。卫生院在进行医疗保健服务过程中，一方面要消耗一定量的物资资料或称物化劳动(用 C 表示)，另一方面消耗了一定量的医务劳动者的脑力和体力劳动或称活劳动(用 V 表示)。这就是说卫生院的医疗成本是由两部分构成的，一是已消耗的物化劳动的价值，包括房屋、医疗器械、设备、药品、卫生材料、水、电、燃料等；二是已消耗的活劳动的价值，包括职工的工资、补助工资、福利费等。用公式表示医疗成本等于 $C + V$ 。

(2)医疗成本费用构成：按其经济内容和用途可分为五个方面：①工资费用，包括职工基本工资、补助工资、福利费和奖金等。②业务费用，包括药品、卫生材料费、低值易耗品、小型器械零配件购置费、一般维修费、煤、电、水、油费以及被服洗涤、业务印刷等杂费。③管理费用，包括办公费、差旅费、邮电费、运输费等各项公务费用。④折旧基金，包括固定资产折旧基金和大修理基金等。⑤其它费用，包括房屋租赁费，药品盘亏和降价损失等费用。

(3)进行医疗成本核算的意义：医疗成本是卫生院管理的一个综合性指示，搞好成本核算，加强成本管理，是卫生院经济管理的一项重要内容，是提高卫生院经济效益的关键之一。

首先，进行医疗成本核算能够正确及时地反映医疗费用情况，使卫生院的职工树立“费用”观念，对医疗保健服务中各项费用的性质、用途和效果等，逐步做到心中有数，自觉减少耗费，勤俭节约办好卫生院。对院长来说，通过不同时期实际成本的对比，实际成本与计划成本的对比，来分析研究卫生院经济管理状况，找出进一步降低医疗成本、提高经济效益的途径。

其次，进行医疗成本核算和成本分析，可以经常注意调节固定资金和流动资金在卫生院总资金中的比重，尽可能发挥固定资产的效用，加快流动资金的周转，开辟卫生院生财、聚财、用财的正确途径。

此外，医疗收费标准低于医疗成本，而国家补助又不足以补偿，则必然造成卫生院亏损经营，甚至吃掉老本，这项工作已引起有关部门重视，医疗收费标准将逐步调整，做到按医疗成本收费。

总之，卫生院应将医疗成本核算作为经济核算的中心环节，千方百计降低医疗成本。

(4)降低医疗成本的途径：卫生院的医疗成本受院内外多种因素的制约，就卫生院内部来说，降低医疗成本应从以下几方面着手：①提高劳动效率。劳动效率主要通过一定时期内为社会提供医疗保健服务的数量和质量来反映。卫生院应大力开展技术培训，提高医疗护理质量，改善服务态度，提高治愈率，加快病床周转，扩大服务范围，增加门诊人次，同时要建立多种形式的管理责任制，这样就可以用同样多的人来增加业务收

人，有效地节约了医疗成本中的工资费用，从而降低成本。(2)充分利用现有设备，提高固定资产利用率。对医疗器械设备，要采用效能高、价格低、经久耐用的，同时要注意保管和维修。对房屋、办公家具和其它设备，也要保管维修好，做到充分合理利用。这样可以降低医疗成本中的折旧费。(3)大力节约物资消耗，减少业务开支。要严格制度，加强管理，减少药品损耗和流弊，最大限度取得加成率。要控制卫生材料、低值易耗品、医疗印刷品的消耗比例，管理好水、电、煤、机动车燃料等，降低能源消耗，这样就可以减少医疗成本中的业务费开支，随着物化劳动消耗的减少，医疗成本也就降低了。4 调整卫生院内部结构，加强科学管理。卫生院要积极创造条件，调整人员、科室、专业等多种内部结构，特别要调整医、护、工、高、中、初卫生技术人员比例。同时要注意压缩非业务技术人员，将多余人员安排从事工副业生产和服务性工作，这样既能提高劳动效率，又能节省管理费用的开支，从而降低医疗成本。

由于医疗成本是受院内外多种因素制约的，所以随着价格体系的改革，特别是社会上建筑材料、燃料、有关设备物资、药品、卫生材料等的价格调整以及运输、差旅费用的增加，职工工资的增加等，医疗成本肯定是要不断上升的，这就更要求卫生院加强管理，采取措施，想方设法从内部来降低成本。同时也要允许卫生院按照实际情况核算成本，合理收费，以免造成亏损或因“偷工减料”的方法来损害病人的利益。

第三节 经济来源与分配

一、经济来源

1.业务收入 这是农村卫生院经济收入的主要来源。当前农村卫生院在组织业务收入方面突出的问题是收费标准低于成本，价格与价值背离。这种不合理的状况必须通过改革加以解决。

2.国家补助 根据国务院有关部委的规定，自1974年起国家对农村卫生院实行补助，当时的主要意图是用于改善卫生院的医疗器械装备，其金额相当于当时农村卫生院工资总额的60%，全国约7亿元。后来由于财政体制改革，实行地方财政包干，这项指标核拨为地方财政支出。其它还有基本建设(主要是全民所有制的中心卫生院)，医疗费减免，防疫、妇幼保健的劳务补助，合作医疗、乡村医生补助，以及其它专项经费。

各地对农村卫生院补助的方式，原多数采取按工资总额补助，结果形成吃“大锅饭”。有少数视困难程度补助，结果造成多亏多补，少亏少补，不亏不补。

为了改变这种不合理的状况，江苏省江阴县首先进行了改革，采取集中资金轮流搞基本建设的办法。结果，据截至1983年的统计，共集资603.36万元，其中国家补助414.76万元，占68.7%，乡补助97.8万元，卫生院自筹90.8万元，为30个乡镇卫生院兴建了54318平方米的医疗用房，使所有的卫生院盖起了2~3层的新楼，显著改善了工作和生活条件。党的十一届三中全会之后，浙江省富阳县、江苏省常熟县自1980年起，对经费补助办法实行按任务完成情况进行评分考核拨款。这些改革的经验均为卫生部所肯定和推广。

3.集体经济组织支持 这也是农村卫生院的重要经济来源。农村卫生院应积极争取乡(镇)村企业的支持,特别是在部分经济比较发达的地区。比较突出的如江苏省无锡县从1973年起到1983年止,社集资331万元(占同期利润0.26%)用于发展农村卫生院的基本建设。浙江省1985年有44个县、市、区从乡镇企业积累中拨款308万元,用于乡镇卫生院的基建和设备添置。

4.社会资助 卫生事业是社会性的事业,应该得到全社会,包括海外侨胞的资助。自从实行对外开放,对内搞活的方针后,多渠道、多层次、多形式办医的路越走越宽。如福建省24个县、市92所医院统计,建国以来共得到华侨捐资2200多万元,其中1979年以来捐助的就占80%,显著地改善了这些医院的工作、生活条件。

5.自我积累 除正常收支有余的积累外,比较突出的是所谓“以副养主”,“以工助医”。农村卫生院在从事卫生保健工作以外,可以从事其它项目的经营,以增加经济收入的来源,把卫生院搞活。

二、分配

1.分共积累的分配 农村卫生院的公共积累,包括两部分:一个是公积金,一个是公益金。公积金包括的项目有房屋、建筑物、水电暖气维修的建设和修缮,器械、设备、交通工具的购置和维修,图书、被服装具的购置等。公益金包括的项目有福利费、工会经费、独生子女补助费、探亲路费、长期病休待遇、退职补助费、医药费、丧葬及抚恤费、遗属补助费、防暑降温费等。

公积金和公益金的来源:一是依靠积极地组织收入,二是依靠合理地节约支出,三是依靠提高社会效益和经济效益。

公积金提取的比例一般应高于公益金的比例。至于多少比例合适,首先取决于收支相抵的净结余。结余多,就多留,结余少,就少留,在不能保证基本生活费用的开支的情况下,就不留。提取的具体比例,应由卫生院全体成员讨论决定。

2.个人消费的分配 农村卫生院对于个人消费的分配,是根据“按劳分配”的原则对每个成员以货币形式支付劳动报酬。

个人消费的分配,包括标准工资、补助工资和奖金三个部分。

(1)标准工资:它是劳动报酬的最基本的形式。近几年来,随着改革的深入,越来越多的农村卫生院采取了浮动工资的办法,形式有多种多样,这样做可以更好地体现按劳分配的原则,克服“吃大锅饭”的弊端。

(2)补助工资:补助工资的项目有临时工工资、卫生津贴、副食品补贴、交通补贴、取暖补贴、手术误餐补贴等。

(3)奖金:它是劳动报酬的又一种补充形式,主要用于超额劳动的物质鼓励。奖金的发放也要体现按劳分配、多劳多得的原则,拉开差距,不搞平均主义。如实行工资“大浮动”后,不必评奖,可设一笔院长奖励基金,“论功行赏”,公诸于众。

第四节 财务管理

财务管理是卫生院经济管理的重要内容。卫生院的一切医疗保健服务过程，同时也是物资资金消耗过程，这些消耗最终要以货币形态反映到财务帐簿上来。诊治疾病、卫生防疫、妇幼保健等过程与资金消耗过程是密切联系的，离开财务的保证，医疗保健任务完不成。因此必须对财务工作予以足够的重视。

搞好财务管理不仅是卫生院会计、出纳等财务人员的任务，也是院长要抓的重要工作之一，院长要学习财经方面的知识，学会看帐和财务分析，通过对财务管理工作的加强，从资金物资的角度来保证各项医疗，防疫和妇幼保健工作的完成。

一、财务管理任务

卫生院在国家财政预算管理中属于差额预算管理单位，因此它的财务管理是整个国家预算体系的有机组成部分。

卫生院财务管理任务主要有以下几项：

1.积极组织业务收入，正确编制预算，保证卫生院资金的需要 卫生院应严格遵守国家规定的收费范围和收费标准，做到该收的不漏收，不少收，不该收的不错收。同时要努力挖掘潜力，扩大服务范围，增加合理的收入。卫生院在编制预算时，要将业务收入和预算补助全面编入，坚持勤俭节约、量入为出的原则，预测经费前景，保证资金的需要。

2.合理安排国家补助经费的使用 卫生院特别是集体所有制卫生院要合理安排使用好国家补助经费。这几年在改革中不少地区采取了将补助经费综合使用的方法；或实行防保定项补助，政策性亏损补助的方法；或实行“吃饭靠自己”，卫生院补助经费集中用于发展事业的办法，或实行按绩评比浮动补助的办法等等，这些措施对发展卫生院起到了积极的作用。乡财政建立从后，卫生院的补助经费将逐步由乡财政拨款给，这就要求卫生院切实将这笔钱安排使用好，利于卫生院的发展和建设。

3.加强核算，控制开支 保证医疗、防疫、妇幼保健任务的完成，在财务开支中，院长及财务人员要严格把关，认真核算，堵塞漏洞，减少浪费，控制非业务性开支。

4.严格执行财务规章制度 上级颁发的各种财务规章制度，都是带有指令性的文件，是进行财务活动的规范和准则，卫生院应坚决执行。此外，卫生院制定的适合本单位的各项财务制度也要认真贯彻执行。

5.加强财务监督，与违反财经纪律的行为进行斗争 财务监督是指对卫生院各种财务活动，并通过财务活动对卫生院业务活动进行检查和监督。财务人员要在院长领导下，对执行财经纪律和财务制度的情况进行经常性的检查。院长应支持财务人员的工作，对他们抵制错误开支的行为，不准打击报复。

二、会计制度

1.会计工作的基本任务 会计工作的基本任务是贯彻党和国家的方针、政策，认真履行《中华人民共和国会计法》和《会计人员职权条例》，通过核算，反映和监督卫生院财务管理情况。

2.组织机构和人员 卫生院一般不单独设立财务机构，财务人员一般划归行政组内，设会计和出纳二人，若卫生院人少，出纳不单设，可由其他同志兼管，但会计不得管理现金。

财务人员在院长或行政组长的领导下负责会计核算，财务分析及会计检查工作。财务人员要认真执行党的路线、方针、政策，廉洁奉公，自觉抵制不正之风，维护财经纪律，同时要努力学习，刻苦钻研财会业务，不断提高自己的理论水平和解决实际问题的能力。

3.会计核算 会计核算是财会人员的首要任务，核算方法包括：会计科目、记帐方法、会计凭证、会计帐簿、财产清查和会计报表等六个方面。

(1)会计科目：按国家统一规定的总帐会计科目设置，卫生院一般设资金来源类科目、资金运用类科目和资金结存类科目，在这三个总帐科目下分设一级明细科目，以补充总帐科目的不足。

(2)记帐方法：采用资金收付复式记帐法，即将资金分解为资金来源、资金运用和资金结存三方面。资金结存包括货币资金和财产物资。另外两方面则分别说明资金结存的来路和去向。每一项收支都要用相等的金额和至少两个相互联系的帐户编制会计分录，进行复式记帐，以反映资金收付的金额。

(3)会计凭证：包括原始凭证和记帐凭证。原始凭证又分自制和外来的，原始凭证要有严格的审批手续，有经手人(购物人和收物人双方)签字，经院长审批后方能下帐。对不符合开支的单据，会计要坚持原则不予下帐。记帐凭证是会计根据原始凭证加以归类整理填制的，它不仅是登记帐簿的依据，而且是重要的档案资料，应按规定装订成册，归档保管。

(4)会计帐簿：按其用途分日记帐、明细帐和总帐三种。记帐是会计的重要工作，必须及时，做到内容完整、数字真实、摘要清楚，便于查阅，不能漏记、重记、错记，也不能积压。帐簿的记录要保证合法，要清晰、整洁，防止篡改。

(5)财产清查：财产清查是通过盘点实物，核对往来款项，查明财产物资和资金实存数，并查明实存数同帐存数量是否相符的一种专门方法。通过清查可以查明各项财产实存数有无差错；查明各种财产物资储备和利用情况，查明财产保管情况，有无丢失、损坏、霉烂变质或被挪用、贪污；查明往来款项的结算情况，有无拖欠不清的帐款，查明财会手续制度执行情况等等。财产清查工作可分全部或局部，每年年终要全部清查一次。在院长主持下由财务人员、保管员、职工代表组成清查小组。

(6)会计报表：会计报表是总括反映单位在一定时期内的资金收支活动情况的报告文件，是卫生院经济活动的信息，是会计核算工作的最后一个环节。财务人员应按时上报有关主管部门和院长。院长应对会计报表进行审核和分析，发现问题时应及时找出解决问题的对策。会计报表大体分月报、季报和年报三种，其中最重要的是年报，它是年度决算的反映。做好年终报表首先要搞好年终清理，包括与上级主管部门核对计划，预算和拨款数，核对现金帐面余额和实际库存数；催报暂付款，收回应收款，清理暂存款，付清应付款；全面盘存各项财产物资(包括药品)。在清理的基础上做好年终结帐工作，并按要求填好年报表。

三、学会看帐

学会看帐，掌握全院经济状况，是院长管理好卫生院的重要工作方法之一。卫生院一般设总帐和明细帐，并按季度将总帐和明细帐的情况以会计报表中的《资金活动情况表》和《收支情况表》反映出来。为了学会看帐必须先会看会计报表中的《资金活动情况表》和《收支情况表》。

1.《资金活动情况表》 此表反映了卫生院整个资金活动情况。通过此表不仅可以了解各类资金的实有数字，而且可以反映以下几方面情况。

(1)增收节支经费：要看本期或本年度卫生院增收节支经费有多少，可用此表中的差额预算拨款加上业务收入减去业务支出，即可得出。

(2)结算材料资金的变化：表中的预收款和暂存款，均为卫生院的债务，是欠外单位的，这部分资金应尽量减少。表中应收款和暂付款属卫生院的债权，是外单位、病人或职工欠卫生院的。其中应收款大部分是病人欠款，应及时清理，暂付款是借出的差旅费、进修费、职工借款以及未结算的维修费、设备购置费，这部分也应及时结算。

(3)药品材料资金结存情况：重点看药库药房的药品和卫生材料的结存金额，这部分资金应保持在储备定额之内，超过储备定额应采取措施，减少库存。其它材料的结存资金也应保持在一定的限额以内，减少积压。

(4)货币资金情况：其中库存现金不得超过当地银行规定的限额，银行存款反映卫生院经济实力。

2.《收支情况表》 此表反映了各项收入和支出的详细情况，通过此表可以了解以下几方面情况。

(1)各项收入情况：包括门诊收入、住院收入、制剂收入及其它收入。

(2)各项收入的结构比例：如在门诊收入中可以看出药费和其它各项医疗费的收入比例，一般药费收入可占整个门诊收入的70~75%，各种医疗收费可占25~30%，如果医疗费比例较低，应检查是否有漏收问题。在住院收入中，也可看出药费和医疗费的比例关系。此外还可了解门诊挂号费和住院费的情况等。

(3)固定费用和变动费用情况：固定费用一般指工资、补助工资、福利费、离退休人员费用，这些项目变化不大。变动费用除药品卫生材料费外包括公务费、设备购置、修缮、业务费等。要看这些开支是否超过了计划，是否开支合理。

(4)药品加成率情况：通过比较药费收入和药费支出，可以计算药品加成率。一般卫生院药品综合加成率应达到16~18%。使用西药多的地方，综合加成率较低，使用中成药和草药多的地方，综合加成率应高一些。

对于各项专用基金，差额预算拨款和专项拨款的收入和支出情况，在《收支情况表》中可一目了然。

在全年的会计报表中，还有《暂存暂付明细表》，此表反映了暂存和暂付资金的详细情况，应督促财务和有关人员抓紧时间清理。

会看会计报表，则总帐和明细分类帐也就能看懂了，院长需了解哪方面的资金情况可以随时查看。

四、财务分析

财务分析是加强经济管理的重要手段，通过财务分析，不仅可以发现在财务管理中存在的问题，而且能对卫生院整个经济状况和经济活动做到心中有数。为此财务分析不光是财会人员的事，院长也应掌握。

1.财务分析方法 财务分析方法主要有两种，一是比较法，二是因素分析方法。

采用比较法分析，主要通过三方面进行：

(1)与计划、预算对比：即将实际完成情况与上级卫生主管部门规定的事业计划指标进行比较，将完成预算情况与上级核定的预算进行比较。

(2)与上期、上年同期或某一时期的实际完成情况对比：以了解不同时期的增减变化，考核发展趋势和发展速度，认识和掌握执行预算和事业发展的规律。

(3)与同类型的卫生院对比：通过与同类卫生院对比，可以发现先进和落后的差距，找出薄弱环节，改进管理。

采用因素分析法，也可从三方面进行：

(1)分析医疗成本变动的因素：通过分析看费用的提高或减少。

(2)分析任务变动因素：通过分析看工作量的上升或下降。

(3)分析结构变化的因素：通过分析看人员的变动及设备的增减。

2.财务分析资料 进行财务分析的资料包括会计报表中的资金活动情况表，收支情况表以及其它有关明细资料。

3.财务分析内容 主要包括两方面，一是分析资金活动情况，二是分析财务基本情况。

分析资金活动情况包括如下内容：

(1)分析上级补助拨款、专项拨款、专用基金是否符合规定，是否专款专用。

(2)分析业务收入，把门诊收入、住院收入、制剂收入和其它收入完成数与预算数对比，看是否完成了任务，同时要分析影响各项收入增减的因素。

(3)分析业务支出：把完成数和预算数对比并对各项细目作具体分析。

(4)分析药品材料和其它材料：将完成数和预算数对比，分析增减、结存和利用情况，从中可以检查采购人员是否按计划执行，库存药品及材料是否按定额储备，领用是否严格遵守制度和有关手续，有无积压以及药品周转、进销差价、亏损报废等情况。

(5)分析银行存款、库存现金：即把年初数和年末数对比，看增减情况，以及收付、结余等情况。

(6)分析往来款项：即把暂存款、预收款等细目的年初数与年末数对比，分析病人预交金的存欠情况，应收款中病人欠款及催收情况。分析暂付款时要看采购借款、出差借款的结欠情况。

(7)分析历年结余：即把年初数与年末数对比，看增减情况，分析增减原因，看是否合理。

(8)分析固定资产：即与预算数对比，分析财产的增减变化，看是否有新增、报废、调拨等情况，看购置是否合理，有无积压，浪费以及保管利用情况。

分析财务基本情况，主要包括以下内容：

(1)分析工作人员数：即看人员增减情况以及构成比例是否合理。

(2)分析人员工资：即把实际数和计划数对比看执行情况。

(3)分析门诊、住院任务：即把完成数和计划数对比，重点是门诊人次、日均门诊人次、开放病床数、实际占用床日数等，看是否完成了任务，并从中分析增减原因。

五、财务计划

每年年初卫生院都要编制一年的财务计划。财务计划是要通过业务收入来反映卫生院业务与管理的水平，通过业务支出来反映卫生院资金的保证程度以及节约和浪费的情况，为此做好财务计划是卫生院管理的重要工作之一，也是院长必须掌握的一项工作。

1.编制财务计划的依据 编制财务计划的依据主要是：党的有关路线、方针、政策，上级关于制定财务计划的指标和规定，当地疾病发展趋势，社会经济发展及农民群众对医疗保健的需求，本单位近几年特别是上一年的有关业务、财务资料。

2.编制财务计划的方法

(1)首先要对上一年度财务收支完成情况进行分析：即要掌握上一年度上级拨款、业务收支等情况，在业务收入中了解门诊收入、住院收入以及门诊、住院收入中药品和医疗费收入数，计算出药品利用加成率，每一门诊人次和每一住院日的医疗费用。在业务支出中要掌握工资、补助工资、福利费、公务费、设备购置、修缮费、业务费等各项开支数，并计算人均工资、人均补助工资等。

(2)其次要掌握并预测有关数字：包括病床数、工作人员数、工资数、全年门诊人次、全年病床使用天数等。“病床数”指开放病床数，若在本年度不增加病床，则为年初数，若计划增加，则病床数应按年度平均病床数计算；“全年计划病床使用天数”是根据年度病床数和每一病床使用天数计算；“全年计划门诊人次”是根据与病床比例来计算每日平均人数，再乘以门诊计划工作日来确定。

(3)掌握各项开支标准：上级主管和财政部门对各项费用开支都有明确规定，这是计算支出的依据，编制财务计划时，对有规定的开支标准，要按标准计算。对于没有规定的开支应根据上一年或近几年开支情况和本年度卫生院发展的实际需要，本着节约的原则来编制。

(4)收入计划的编制：在编制收入计划时卫生院主要编制业务收入部分，上级补助拨款和专项拨款由上级主管部门核定。在业务收入计划中，要分门诊、住院、制剂和其它收入四部分来编制：①门诊收入，分挂号费、医疗费、中药费、西药费等。计算时以全年计划门诊人次为基础，结合收费标准，或以全年计划门诊人次乘以每一门诊人次的平均医疗费用来计算。计算公式为：

全年门诊收入预算数 = 全年计划门诊人次 × 平均每门诊人次医疗费用

②住院收入，分住院费、医疗费、中药费、西药费等。计算时以全年计划病床使用天数为基础，结合收费标准，也可以全年计划病床使用天数乘以平均一住院日的医疗费用来计算。计算公式为：

全年住院收入预算数 = 全年计划病床使用天数 × 平均每一住院日医疗费用

③制剂收入，可参考上一年收入情况来编制。④其它收入，也应参考上一年收入情况编制。

(5)支出计划的编制：编制年度支出计划主要包括工资、补助工资、福利费、公务

费、设备购置费、修缮费、业务费等。1.工资：根据在编人员的全年实际工资额计算，新增人员则从批准增加的月份起增加，或根据在编人员总数和平均工资额来计算。2.补助工资：包括保健津贴、夜餐费、取暖费等，均按上级规定的标准，结合应发放的人数计算编制。3.福利费：应按工资总数和规定的提存标准编制，退休人员如无变动，按上年情况编。4.公务费：包括办公费、邮电费、差旅费等，可参照上年度实支数估算。5.设备购置和修缮费：应根据卫生院发展的实际需要编制。6.业务费：其中中药费可按中药收入的81%计算。西药费可按西药费收入的86%计算。卫生材料费可根据门诊、住院医疗费收入，结合卫生院卫生材料消耗比例计算。水电、机动车燃料、取暖及业务用煤、材料、零星设备购置、医疗印刷品、医疗杂支等均可按上年度估算。

编制财务计划应由院长和财务人员一起进行，编制的计划要留有余地，特别是业务支出方面，更要精打细算，避免在特殊情况下增加开支，造成亏损。计划编制后，还要经常检查和分析计划执行情况。

六、资金管理

卫生院的资金是卫生院开展各项医疗保健工作的物质基础。为了加强核算，降低医疗成本，提高经济效益，卫生院必须管理好资金。

1.卫生院资金的构成 卫生院的资金分三部分，即资金来源、资金运用和资金结存。资金来源一般以货币形态出现，表现为银行存款增加。来源有以下几个方面：卫生院本身的业务收入，国家给卫生院的拨款，卫生院本身的结余资金，乡镇企业给卫生院的赞助经费以及借入资金等。资金运用表现在三个过程，即供应过程，医疗保健过程，业务收入形成过程。资金结存是以货币形态与实物形态分别出现的，并作为资金来源投入下一期的资金运用中。

2.卫生院资金的管理 卫生院的资金按其价值转移方式可分固定资金和流动资金两大部分，按其形态可分为货币形态和实物形态两类。由于卫生院资金有限，因此必须加强对资金的管理。

(1)对固定资金的管理：固定资金是卫生院固定资产的价值形式，固定资产的实物形态包括房屋建筑、医疗仪器设备、家俱设备、专用图书、交通工具等。加强对固定资金的管理，就是要提高固定资金的利用效率，其主要措施有：①控制基建和购置，减少积压和浪费，充分发挥现有固定资产的效能，做到物尽其用。②加强保管，健全管理制度，防止损坏和丢失。③做好维修工作，提高设备的完好率，延长其使用年限。④重视内外协作，减少设备的闲置时间，提高设备的使用率。⑤合理提取折旧基金，科学地有效地使用折旧基金。过去卫生院不重视固定资产的损耗，折旧和更新，特别是不重视固定资产的折旧，因而也就没有钱来更新固定资产。现在要重视起来，做到科学地测定固定资产的磨损程度，合理预计固定资产使用年限，及时提取并积存折旧基金和大修理基金，以保证固定资产的更新和维修。有关折旧基金额的计算公式如下：

$$\text{年折旧额} = \frac{\text{固定资产原价} - \text{预计残值} + \text{预计清理费}}{\text{固定资产预计使用年限}}$$

$$\text{年折旧率} = \frac{\text{固定资产年折旧额}}{\text{固定资产原值}} \times 100\% (\text{一般综合折旧率为} 5 \sim 8\%)$$

$$\text{年大修理基金提存额} = \frac{\text{预计全部大修理费用总额}}{\text{固定资产预计使用年限}}$$

$$\text{年大修理基金提存率} = \frac{\text{年大修理基金提存额}}{\text{固定资产原值}} \times 100\%$$

(2)对流动资金的管理: 流动资金是指能保证卫生院各项业务工作正常进行的不断循环周转的那部分资金。它是药品、卫生材料、其它材料、银行存款、现金等流动资产的货币表现。它的实物形态在医疗保健活动过程中一次全部地被消耗, 同时它的价值一次全部地转移到医疗服务中, 并通过医疗业务收入或国家补助一次全部地取得补偿。要加强对流动资金的管理就是要提高流动资金的利用率, 想方设法加速流动资金的周转。其主要措施有: ①加快药品材料的资金周转, 首先要控制药品材料的储备, 其次要搞好药品材料的品种规格化。通过调查了解本单位药品材料销售使用的品种和数量, 定出库存的品种和数量范围, 以后除少量购进新药外, 一般药品材料均应控制在规定的限额内。②压缩暂付款项, 清理各项欠款。要及时清理欠款, 其中职工借款要控制, 应建立储金会, 不得从业务费中借款。病人欠款也应及时催收。③加强材料管理, 减少积压和浪费, 做到有计划地购进, 按定额供应, 健全制度, 减少积压。④控制非业务性开支, 保证各项业务工作开展。非业务开支增大无疑要增加流动资金的耗费, 为此必须制定严格的规章制度, 认真执行各项财经纪律。⑤扩大业务范围, 提高医护质量, 提高劳动效率, 通过业务收入的增加, 来促进药品材料的资金周转, 从而使卫生院整个流动资金周转加快。

卫生院提高流动资金的利用率, 可以减少流动资金的耗费和占用量, 将节省下来的资金存入银行, 取得一定的利息收入, 或购置仪器设备, 进行基建维修, 用于卫生事业发展, 此外还可用来改善职工的福利。

七、财务监督

1.财务监督的意义 财务监督是卫生院财务管理的重要职能之一。财务监督自始至终贯穿于财务管理工作中。财务监督的目的是要保证卫生院严格遵守国家有关方针政策和财经纪律, 组织合理收入, 杜绝不合理开支。其作用不仅是限制, 更重要的是促进。通过财务监督, 使财务工作更好地为医疗保健服务。

2.财务监督的方法

(1)做到坚持原则, 认真把关: 要对收支单据进行严格审核。收入做到合理, 支出既保证业务工作需要, 又勤俭节约, 特别是对那些违反财经纪律的支出, 无计划或超计划的支出, 擅自提高开支标准, 扩大开支范围的支出, 以及手续不完备的原始凭证等不予报销。

(2)正确处理监督与服务的关系, 即以服务为宗旨, 通过服务进行监督, 以监督为手段, 通过监督更好地为业务服务工作。

(3)利用监督提供信息, 即通过监督, 揭露矛盾, 分析原因, 总结经验教训, 采取

措施，改进工作。

(4)领导带头，以身作则，在财务监督中，院长要以身作则，模范遵守各项财经纪律和财务制度。要支持财务人员的工作并亲自参加财务监督。

(5)依靠群众，共同监督，要经常向职工宣传遵纪守法和财务监督的意义，使大家自觉地参加财务监督工作。

3.财务监督的内容

(1)监督预算编制与分配，看预算的编制是否符合党的方针政策，是否有利于各项任务的完成，业务收入是否打足，支出是否做到了勤俭办院。

(2)监督业务收入，看收费标准执行情况，药品加成率完成情况，收费中有否漏收，错收。

(3)监督业务支出，看支出凭证是否健全，有无擅自扩大开支范围或提高了开支标准，支出有无浪费，或损公肥私，贪污盗窃问题，物资有无盲目采购，造成积压等情况。

(4)监督资金使用，看库存现金中有无白条顶库，非法挪用，药品材料是否超过限额，财产物资保管如何，有否丢失、破损、浪费。

(5)监督非业务开支：看非业务性开支是否超过了计划，有无挪用公款、多吃多占等问题。

财务监督内容广泛，政策性强。财务人员发现问题以后，要及时向领导反映。如果院长带头违反财经纪律，则要求财务人员向乡政府领导和县卫生主管部门汇报，及时制止违法乱纪问题的发生，以保证卫生院的资金和财产都用于卫生事业的发展上。

第六章 装备标准与建筑设计要求

第一节 装备标准

医疗器械是防病治病的重要工具，是农村医疗卫生机构建设的组成部分。加强农村卫生院医疗器械的装备，一般应遵循以下几项原则：

(1)医疗器械的装备主要依据各卫生院的任务、规模、卫生技术人员的技术水平(或条件)的现状予以确定。一般卫生院的医疗器械装备应能适应做好预防接种、计划生育、常见病、多发病和地方病的诊治工作；中心卫生院的医疗器械装备应在一般卫生院的医疗器械装备的基础上，再增加一些外科、妇科、五官科(含口腔科)、骨伤科和其它专科的医疗器械。

(2)医疗器械的装备要因地制宜、从需要和可能的现实出发，根据技术力量、工作用房和医疗器械“三配套”的原则，逐步地进行。为了避免盲目地选购设备，装备计划和房屋基建计划、使用人员培养计划应同时制定。

(3)对面向全院性医疗工作的设备(如放射线、检验、功能检查等科室的设备)、急诊抢救设备、基本设备(指在诊断和治疗上经常使用的设备)均应优先购置装备。

(4)要贯彻勤俭节约办院方针，充分地利用、改进、发挥现有设备的潜力。同时根据经济状况和业务发展的需求，有计划地更新效率低、准确性差、既陈旧又影响诊疗工作的常用医疗器械。

(5)医疗器械装备标准，只是一般常用的主要器械。随着国民经济不断发展和农村人民生活水平的不断提高，对农村卫生院医疗器械的装备会提出更高的要求。为适应农村防病治病和计划生育工作的需要，需在实践中不断完善。

一般卫生院、中心卫生院医疗器械装备参考标准，详见附表6—1~6—4。

乡镇卫生院医疗设备装备标准(试行)

一、门、急诊装备

1.急诊室装备；2.普通诊室装备；3.妇产科装备(包括产房)；4.五官科装备；5.注射处置室装备；6.换药室装备。

二、医技科室装备

1.检验科室装备；2.手术室装备；3.放射科装备；4.理疗室装备；5.药房装备；6.制剂室装备；7.供应室装备。

三、病房装备

1.医生护士办公室装备；2.病房装备；3.病房处置室装备。

四、防保组装备

说 明

- 1.本标准以一般卫生院 10~20 张, 中心卫生院 30~50 张核定床位为准编制。
- 2.本标准为乡卫生院的最低限装备标准。执行中可根据卫生院业务量(门急诊、住院人次/年)、专科特点、技术力量及经济状况向上调整。
- 3.有条件的中心卫生院经药检部门批准后, 可单独设置制剂室。

表 6—1 乡镇卫生院门、急诊部分医疗设备装备标准

类别	器械名称	装备数		备注	
		一般卫生院	中心卫生院		
急 诊 室 装 备	心电监护仪(台)	—	1	可与其它科共用	
	心电图机(台)	1	1		
	超声喷雾器(只)	—	1		
	人工呼吸机(只)	1	1		
	吸引器(只)	1	1		
	自动洗胃机(只)	1	1~2		
	喉镜(只)	—	1		
	各种急救器材(套)	若干	若干		如气管切开、静脉切开等
	担架车(台)	1	1		
	观察床(张)	1	1~2		
	小器械台(台)	1	1~2		
	换药车(辆)	—	1~2		
	氧气筒及推车(台)	1	1~2		
	舌钳及开口器(具)	1	1~2		
	导尿包、胸穿包(只)	酌定	酌定		
	灌肠器(只)	—	酌定		
输液器具(具)	酌定	酌定			
蛇皮灯(台)	1	1			
急诊抢救箱(只)	1	1			

续表

类别	器械名称	类别	器械名称	类别	器械名称
普通 诊室	诊查桌椅	妇 产 科	诊查桌椅	五 官 科	五官科椅
	洗手盆		屏风		视力表
	痰盂		妇科诊查台		器械柜
	屏风		踏脚凳		立灯
	诊查床		器械柜		眼底镜
	体温计		器械托盘		开睑器
	血压计		阴道检查器械		洗眼壶、杯
	听诊器		阴道镜		额镜
	压舌板		上取环器械		耳镜
	扣诊锤		人流电吸引器		酒精灯
	手电筒		污物桶		前鼻镜
	脉枕 (中医科用)		紫外线灯		喉镜
					喷雾器
			产床		牙科治疗椅
			器械柜		综合治疗机
			接产包		牙科器械
	新生儿体重计	涡轮钻			
	新生儿保温箱	牙科镶复器械			
	新生儿抢救台	刨光机			

注: 1.五官科诊室可依条件决定设立与否;

2.以上各诊室装备数依规模酌定。

表 6—2

乡镇卫生院医技科室部分医疗设备装备标准

类别	器械名称	装 备 数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
注射处置室	诊查床、台(张)	1	1	
	屏风(架)	1	1	
	室内水源(个)	1	1	流水装置
	器械柜(具)	1	1~2	
	器械盘(只)	酌定	酌定	
	各种规格注射器(只)	酌定	酌定	
	消毒盆(只)	1	1	
	耐酸缸(只)	酌定	酌定	
	污物桶(只)	1	1~2	
	紫外线灯(台)	1	1	可共用
换药室	诊查床、台(张)	1	1	
	器械盘(只)	酌定	酌定	
	换药车(辆)	1	1~2	
	换药盘(只)	酌定	酌定	
	消毒镊子(把)	酌定	酌定	
	磨口瓶(只)	酌定	酌定	
	搪瓷缸(只)	酌定	酌定	
	切开、缝合包(个)	酌定	酌定	
	污物桶(只)	1	2	
	紫外线灯(台)	1	1	可共用

续表

类别	器械名称	装备数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
检验科室	检验台(张)	1	1~2	
	试剂台(张)	1	1~2	
	普通显微镜(台)	1	2~3	
	酸度计(只)	1	1	
	分光光度计(只)	—	1	
	光电比色计(只)	—	1	
	电泳仪(只)		1	
	振荡器(台)	1	1	
	离心机(台)	1	1~2	
	恒温箱(台)	1	1	
	水浴箱(台)	1	1	
	冰箱(台)	1	1	
	烤箱(台)	1	1	
	计数器(台)	1	1	
	定时器(台)	1	1	
	分析天平(台)	—	1	
	二氧化碳结合力测定器(台)	—	1	
	各种试管、吸管、量筒、烧瓶	酌定	酌定	
	尿比重计(台)	酌定	酌定	
	尿蛋白定量计(台)	1	2	
	pH 比色计(台)	1	2	
	血球计数板(块)	1	4	
血色素计(台)	1	2		

续表

类别	器械名称	装备数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
手术室	泡手桶(只)	酌定	酌定	
	刷手盆及毛刷(个)	酌定	酌定	
	手术衣、帽及口罩(套)	酌定	酌定	
	室内专用鞋(双)	酌定	酌定	
	紫外线灯(台)	酌定	1	
	空调机(具)	—	1~2	
	万能手术台(台)	1	1~2	
	无影灯(具)	1	1~2	
	侧照灯(具)	1	1	
	器械台(台)	1	1~2	
	器械托盘(只)	1	1~2	
	麻醉台(台)	1	1	
	普通麻醉机(具)	1	1	
	人工呼吸机(具)	1	1	
	麻醉喉镜及插管(套)	1	1	
	立式血压计(架)	1	1~2	
	气止血带(副)	1	2~3	
	吸引器(具)	1	1~2	
	担架车(架)	1	1	
	普通外科手术器械(套)	酌定	酌定	
	胆道手术器械(套)	—	酌定	
	妇产科手术器械(套)	1	酌定	节育、剖腹产
	上、下腹敷料包(只)	4	4~6	
氧气瓶及推车(具)	1	1		
心电图机(台)	1	1	可共用	

续表

类别	器械名称	装备数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
放射线科	X线透视机(台)			
	200mA	1	1	
	50mA	1	1	
	人工洗片装置(套)	1	1	
	软片干燥器(具)	1	1	
	防护装置(套)	酌定	酌定	
	观片灯(台)	1	1	
理疗室	B超(台)	1(便携式)	1	
	TDP(台)	1	1~2	
	远红外线治疗机(台)	1	1~2	
	超短波(台)	1	1~2	
	治疗台(台)	1~2	1~3	
药房	各种药架(架)	酌定	酌定	
	水过滤缸(只)	酌定	酌定	
	调剂台(张)	酌定	酌定	
	乳钵(只)	酌定	酌定	
	手秤(只)	1	1	
	托盘天平(只)	1	1~2	
	分析天平(台)	—	1	
制剂室	器械台(台)	—	酌定	
	离子交换器(台)	—	酌定	
	比重计(只)	—	酌定	
	蒸馏水器(具)	—	酌定	
	玻璃量杯(只)	—	酌定	

续表

类别	器械名称	装备数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
供应室	高压消毒锅(台)	1	1~3	
	贮槽(只)	酌定	酌定	
	无菌柜(只)	1	1~2	
	各种搪瓷缸(只)	酌定	酌定	
	干燥箱(台)	1	1~2	
	各种铝制盒(只)	酌定	酌定	
	物品柜(只)	1	1~2	
	送物车(台)	—	1	

表 6—3

乡镇卫生院病房部分医疗设备装备标准

类别	器械名称	装备数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
医 护 办 公 室	窗帘(副)	酌定	酌定	
	办公桌椅(套)	酌定	酌定	
	病历柜(具)	1	1~2	
	病员一览表	1	1~2	
	资料柜(具)	2	2~4	
	暖水瓶(只)	1	1~2	
	黑板(块)	1	1	
	洗手盆(只)	1	1	
	观片灯	1	1~2	
	电话	1	1	

续表

类别	器械名称	装备数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
病房 装 备	病床(张)	10~20	30~50	
	床护架(只)	2	4	
	万能床(张)	2	4	
	骨科床(张)	2	4	
	床头柜(具)	10~20	30~50	
	床边椅(只)	10~20	30~50	
	床上用品(套)	10~20	30~50	
	窗帘(副)	酌定	酌定	
	病员服(套)	20~40	60~100	
	拖鞋(双)	20~40	酌定	
	便器及便器推送车(具)	20~40	酌定	
	洗脸盆(只)	20~40	30~50	
	暖水瓶(个)	20~40	30~50	
	痰盂及痰杯(只)		30~50	
	心电图机(台)	可与门诊共用	1	
	监护仪(台)	可与门诊共用	1	可与手术室共用
	胃肠减压器(台)	可与门诊共用	2	
	吸痰器(具)	1	2	

注：此装备数依实际规模定

续表

类别	器械名称	装备数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
病房 治疗室	治疗桌椅(套)	1	1	
	衣柜(具)	1	1	
	治疗台(台)	1	1	
	护理车(辆)	—	1	
	器械柜(具)	1	1	
	药柜(具)	1	1~2	
	洗手盆(架)	1	1	
	屏风(具)	1	1	
	污物桶(只)	1	1	
	输液架(架)	4~5	10	
	手电筒(只)	1	2	
	血压计(具)	1	2	
	体温计(支)	酌定	酌定	
	听诊器(只)	2	2~4	
	扣诊锤(只)	2	2~4	
	皮尺或卷尺(个)	2	2~4	
	服药杯(个)	酌定	酌定	
	消毒瓷盘(只)	酌定	酌定	
	持物浸泡器(只)	酌定	酌定	
	肌肉、静脉注射盘(只)	酌定	酌定	
	切开、缝合包(个)	酌定	酌定	
	导尿包(个)	酌定	酌定	
	灌肠包(个)	酌定	酌定	
氧气袋(只)	酌定	酌定		

表 6—4

乡镇卫生院防保组医疗设备装备标准

类别	器械名称	装 备 数		备注
		一般卫生院	中心卫生院	
防 保 组	器械柜(具)	1	1~2	
	冰箱(台)	1	1	
	各种规格注射器(只)	酌定	酌定	
	药柜(具)	1	1	
	资料柜(具)	1	1	
	办公桌椅(只)	酌定	酌定	
	冰包(只)	酌定	酌定	

第二节 物资设备管理

物资设备是卫生院资金的重要组成部分，是开展医疗业务的物质基础，认真管好用好物资设备，对节省物化劳动耗费，节省资金，降低医疗成本，使卫生院取得更好的社会效益和经济效益有重要作用。

卫生院的物资设备由后勤部门管理，应根据卫生院规模大小配备专职或兼职管理人员，建立健全管理制度。

卫生院的物资按作用大体分为：医疗设备、一般设备、办公用品(办公用品、家具、图书杂志等)、药品、卫生材料、其它材料等几大类；按价值大体分为固定资产、低值易耗品、药品、医用卫生材料和其它材料等。在本书经济管理一章中着重介绍了药品、卫生材料、医疗印刷品、办公用品的经济管理方法和固定资产的管理方法。本节将重点介绍医疗设备，一般设备的管理方法和物资管理的一般原则。

一、设备管理

卫生院的设备分为医疗设备和一般设备。医疗设备又分诊断设备、治疗设备和辅助设备三类；一般设备主要指后勤设备，包括水、电、热、冷设备等。

设备管理主要包括装备管理、使用管理和维修管理。

1. 设备的装备管理 卫生院装备设备必须严格遵守经济和实用两项原则。经济原则就是要按经济规律办事，首先要考虑是否对医疗工作有必要，尤其是医疗设备装备后能否提高诊断治疗的质量。其次要考虑装备后的经济效益，还要考虑财务预算是否可能，相应的电力、房屋等条件设施是否具备。总之要力求用最少的投资取得最大的医疗效果

和尽可能高的经济效益。实用原则就是要根据本单位的任务、规模、卫生技术人员的技术水平和技术条件的现状以及卫生院的管理水平。要优先考虑基本设备，其次再考虑高、精、尖设备，并要立足于国产设备，做到统筹规划，逐步安排。少数卫生院若需装备进口设备，则更需慎重。

在装备设备前要进行可行性研究，研究的因素包括依据、可能性、条件、需求评价、技术评价、选型、维修性等方面。对设备的经济评价可用设备投资回收期来计算，其公式为：

$$\text{设备投资回收期(年)} = \frac{\text{设备投资金额}}{\text{每年工作日数} \times \text{每日工作次数} \times \text{每次收费数}}$$

为做好装备工作，应建立相应的计划、采购和验收等制度。研究计划时，卫生院领导应组织医务、财务、后勤等有关人员共同研究。计划落实后，采购人员要按计划采购，如有变更，必须征得使用部门同意，若变更后超过原预算金额，还应征得财务部门同意。购置时应多方进行了解，掌握市场信息，以免出现差错。对购进或调入的设备要认真验收并办理有关财务手续后，方能交付使用。对于技术性较高的进口设备，要组织有关医、技人员共同验收，如发现质量、数量和零配件等有问题时，要及时通知财务部门办理拒付及退款手续。

2.设备的使用管理

(1)设备的安装：设备购进经验收合格后，要及时安装交付使用。在安装时要充分考虑房屋建筑与设备保护的要求是否适应，深入了解设备的结构、造型、原理和使用要求，处理好设备上对周围环境要求的必要条件(如电力、湿度、温度等)。在安装和调试时，设备的使用人员要认真学习新设备的结构原理和性能，尤其要掌握设备的使用说明，看懂有关结构原理图纸。

(2)合理使用：新设备安装调试完毕后，要建立健全使用责任制，实行“三定”管理办法，即定专人保养，定操作规程，定存放地点。每次使用都应有记录，并定期进行保养和维修。

(3)建立设备卡片及技术档案：卫生院对所有设备都应建立设备卡片，卡片上应记载设备名称、产地、规格、单价、数量、装备或购入时间、开始使用时间、使用者姓名等，并要对使用和维修进行详细记载。对于贵重精密的设备应建立技术档案，技术档案应包括这一设备的全部资料 and 文件。如原始申请单、审批文件、订货合同、验收记录、说明书、图纸、技术资料等。

(4)其它管理要求：设备均属固定资产，在设备使用期间，要加强实物管理和帐务管理。后勤部门要设立固定资产(设备)明细分类帐，分在用和库存两部分，明细帐的总金额应与财务部门的固定资产帐目相符，库房应对库存设备建立实物帐。财务部门应建立固定资产总分类帐，其中设备类帐目中应记录各类设备的金额。使用部门对其所使用的设备，负有妥善保管和合理使用的责任，应建立固定资产(设备)分户帐，由使用部门自己记帐和保管，也可由财务部门代记帐、代保管，使用部门可随时查询。对卫生院所有设备，后勤管理部门每年必须组织一次清点核对，保证与财务及各使用部门的帐帐相符，帐物相符，当帐物不符时应查明原因，并报请领导审批处理。财务部门与管理部

设备变动如对外调拨、借出、报废或丢失等，均应做相应的帐务处理。

3.设备的维修管理

(1)设备的保养：卫生院的设备保养特别是医疗设备的保养应实行三级保养，即日常保养，一级保养和二级保养。因卫生院一般没有专职的设备保养人，故设备保养工作应由设备使用人负责。日常保养要进行表面清洁，紧固螺丝和零件，一般每周一次；一级保养，一般每月一次，进行内部清洁，检查有无异常情况；二级保养是预防性修理，应会同修理人员共同进行。由于卫生院无专职的医疗设备修理人员，故进行二级保养时可聘请县医疗器械维修站(组)的修理人员，二级保养要对设备的主体部分和主要部件进行检查，一般可三个月或半年进行一次。

(2)设备的修理：修理主要是修复和更换已经损坏的部件，应由专门的修理人员负责。修理一般分小修、中修和大修。进行何种程度的修理，应视设备的使用时间和磨损程度来定。

不论设备保养还是修理，都要认真记录，填写在设备卡片上，要记载修理日期，所出现的问题，排除方法及修复后的情况等，便于以后修理人员了解设备的历史状况。

4.后勤主要设备的管理 乡卫生院的后勤设备一般有供水、供电、供热等设备。除掌握上述管理原则外，还要了解其各自的管理方法。

(1)供水设备的管理：使用城市自来水系统的管理主要是院内供水系统的保养维修，检查水道是否溢漏，防止污染和浪费。使用自建供水系统，要保证水源不污染，定期对水质进行检查。

(2)供电设备的管理：供电设备应有专人负责。因电力紧张，不少卫生院供电不保证，故有条件的卫生院可以备用小型发电机，以供特殊情况用电。有电力保证情况下，要避免院内供电中断，要定期检查线路和有关设备，并建立安全用电制度，防止事故发生。

(3)供热设备的管理：有热水锅炉和暖气锅炉的单位应健全岗位责任制和操作规程，经常进行检查，坚持三级保养。对供暖系统要建立检修制度，停炉时要全面检修，供暖时要巡回检查。

二、物资管理

物资管理工作的内容包括计划、采购、保管、供应等四方面。

1.计划 卫生院资金少，物资使用量有限，为避免占用更多的资金，又要保证医疗业务工作使用，必须在采购前做好计划。原则上应根据工作任务，实际消耗量和储备量，并结合库存情况制定采购计划，以避免盲目性。物资需要量、供应量和储备量的计算公式如下：

$$\text{需要量} = \text{对比期用的物资实际消耗量} \times \frac{\text{计划期工作量}}{\text{对比期工作量}} \times (1 - \text{可能降低均率})$$

$$\text{供应量} = \text{需要量} + \text{期末储备量} - \text{期初库存量}$$

$$\text{最高储备量} = \text{平均每日消耗量} \times (\text{间隔期} + \text{保险期})$$

$$\text{最低储备量} = \text{平均每日消耗量} \times (1 + \text{保险期})$$

卫生院负责物资采购人员，可根据市场货源情况和实际需要，按月编制采购计划，

各科室(组)应提前将所需的物资计划上报有关人员。

2.采购 采购人员应作风正派,对工作认真负责,要按计划要求的规格、数量进行采购。如要变更计划或改变规格、品种时,必须征得使用部门同意,否则造成损失,采购员应负经济责任。采购工作原则上应由物资管理部门负责,但对某些零星专用或急用的材料,亦可经后勤部门同意后,由使用部门自行采购,其办理入库、报销手续等仍按有关规定执行。

3.保管 做好物资保管工作应抓好以下环节:

(1)建立物资仓库:卫生院除有药品库房以外,一般都应设有总务库房。即储备各种物资的综合性库房,并配备必要的衡器、量具、检查设备和防火器材。库房要安全,防止物资变质损坏或被盗丢失。库房内物品要定点存放,排列有序,零整分开,帐物相符。对贵重稀缺物资要加强保管,严密手续,定期查对。对易燃、易爆、剧毒及放射性等危险物资,必须指定有一定保管知识的专人负责,加强管理,防止物资因变质、分解造成自燃、爆炸。

(2)严格验收制度:物资入库,由采购员填制物资入库单,连同发票、实物一起送交库房验收,保管员应凭入库验收单和发票,认真核对实物名称、数量、规格和质量,对于贵重、稀缺物资,使用部门应派有经验的同志,协同保管员验收。在验收时如发现数量和质量不合要求,零配件不完整时应立即向供货单位或运输单位提出,及时办理拒付、退换或赔补手续。对合格部分可先办入库手续,不合格部分应在验收入库单上标明。

4.供应 物资管理部门应根据卫生院对各科室(组)使用物资的经济管理指标,对其使用情况进行考核,核算出各科室(组)对材料的需要量,以利审批其领用计划。对卫生材料应实行以收定支的管理办法,对办公用品和医疗印刷品应实行定额管理,根据工作人员数,实际完成门诊人次及收治的住院患者等控制其领用数量。对劳保用品、清洁用品及有关用品应视不同工种,实行定时定量供应。

物资使用部门应按计划领取物资材料。科室应有专人兼管,尤其对稀缺材料,要登记管理,对多余的不适用的材料,应退回库房,以免积压变质浪费。退库时填写物资退库单,连同物资一起交库房鉴定验收。

物资管理部门要定期检查物资消耗和库存情况。对呆滞物资,应根据具体情况,调剂使用或变价出售。保管员发现有物资积压、变质或过期失效时,要及时向主管领导反映,并提出处理意见和今后改进方法,防止类似问题再次发生。当出现帐物不符时,保管员应会同有关人员认真查明原因,编制物资盘盈盘亏表,经主管领导审批后,调整帐面数。

财务部门要积极协助物资管理部门管理好各种物资,除对物资的采购、管理、使用和报废以及帐务处理等要进行业务指导和监督以外,还要定期与保管员核对帐物情况,以保证帐物相符。每月末保管员要把当月发生业务收支数字按类别以金额列报“物资收支存月报表”,报财务部门做帐务处理。

第三节 基本建设管理和卫生院建筑设计

一、基本建设的概念

1.基本建设 简单地说,基本建设就是固定资产的再生产。所谓固定资产,是指使用年限在一年以上,单位价值在限额以上的主要劳动资料和非生产用房屋建筑物和设备。

2.基本建设项目及其分类

(1)按照投资分类划分,有生产性建设和非生产性建设两种。生产性建设指直接用于物质生产或为满足物质生产需要的建设。非生产性建设是指满足人民物质、文化生活需要的建设,如医院、卫生院建设。

(2)按照建设性质划分,可分为:①新建项目:指重新进行总体规划设计 and 建设,新增加的固定资产超过原有固定资产三倍以上的项目。②扩建项目:在原有固定资产的基础上,为增加新的能力和效益而增建的项目。③改建项目:为适应新设备的需要,对原有的设备工程进行全面的技术改造和更新,增加的辅助和附属用房等项目。④迁建项目:由于各种原因需要迁到另外的地方建设的项目。⑤恢复项目:已开始施工的工程,由于自然灾害或国家计划调整等原因停建后又投资恢复建设的项目。⑥停建缓建项目。

基本建设项目中包括单项工程和单位工程。例如新建一所医院,其病房楼、医技楼、门诊楼、锅炉房等均称为单项工程。具有独立建筑安装施工条件的工程,如土建工程,电器安装工程,联通安装工程,设备安装工程等均为单位工程。

3.基本建设投资

(1)基本建设资金来源:①国家预算拨款:指国家在预算支出中,用一部分作为国家固定资产再生产的基本建设资金,由国家按照一定比例分配下拨。②自筹资金:指国家拨款之外,各单位自行管理资金的节余部分,以及集体和个人的集资,向银行或企业的借贷等资金。一切自筹资金的建设项目,不论资金来自哪个渠道,都要纳入本地区的统一规划。

(2)基本建设投资与大修基金的划分。扩建翻建面积超过300平方米以上的,应列入基本建设计划。面积在300平方米以下,由大修大购资金解决。

(3)基本建设投资与行政事业费划分。建设单位(含新建及扩建单位)的勘察设计费及购置设备、仪器、器具等固定资产所需费用由基本建设投资开支。扩建单位购置单台设备超过5万元的,由基本建设投资开支,低于5万元的,由行政事业费开支。

二、基本建设程序

基本建设程序是指一个基本建设项目从酝酿、规划、决策设计、施工到建成投产使用,所经历的全过程中各项工作的程序。亦是各项工作必须遵循的先后秩序。它反映了基本建设各个环节内在的联系和客观要求。一般应按下述程序进行:

1.编制项目建议书 项目建议书是项目建设的轮廓设想和定项的先导,由项目主管单位根据国民经济和社会发展的长远规划,行业和发展规划,以及地区发展规划的要求提出。

工程内容比较简单的小型项目可不编项目建议书,直接进行可行性研究。

2.可行性研究 可行性研究是对建设投资决策进行技术论证的一门综合科学,它对兴建项目的必要性和可行性进行分析。其任务是对项目在技术、经济、工程和外部协作条件等方面是否合理、可行,进行全面分析、论证,选择最佳方案。一般围绕以下几点进行:

(1)研究社会需要量,合理地确定建设规模。

(2)研究建设地点的可行性。包括建设地点选择、服务半径以及是否符合地区规划和管理要求。

(3)投资经济的可能性。是否与国家或集体现有的经济实力相适应,投资是否可能,经济效益如何等。

(4)与卫生院规模相适应的医疗技术力量的可能性。

(5)外部资源落实的可能性,如水、电、煤、油供应的可能性和保障措施。

(6)外部协作配合条件。主要是道路、交通、商业、服务网点的配合协作条件。

(7)工程技术的可行性。主要是勘察设计、施工、安装、维修技术等是否可行。

(8)项目执行的可行性。主要是建筑材料及其设备供应等。

最后,在多方案比较和评价的基础上进行选择,推荐最佳方案,写出可行性研究报告,提出项目的评定意见和投资决策、可行性建议,防止做出错误的投资决策。

3.编制计划任务书(设计任务书) 根据国家基本建设规定,基本建设项目的确定,首先要在可行性研究的基础上,编制计划任务书(设计任务书)。计划任务书是确定基本建设项目、建设规模、编制设计文件、征用土地、动员搬迁等工作的主要依据。

计划任务书一般包括下列内容:

(1)建设单位全称、建设项目名称以及建设性质(扩建、改建、新建)等。

(2)确定建设项目的依据。即主要讲清建设的理由。

(3)建设规模。主要指建设的病床数、建设的项目、建筑面积及所需投资(包括设备安装及购置费)。

(4)建设地点。应说明交通条件、征用土地数量、需要拆除原有建筑物的面积等。地点选择应符合当地城镇建设规划和医疗卫生网总的布局要求(平面布置图)。

(5)建设工期及分期实施计划。

编制计划任务书是一项严肃的工作,涉及面很广,必须实事求是地调查研究,分析各方面的平衡关系,在多种方案的比较下,提出切实可行的方案,上报主管部门即县卫生局及县计划委员会审批。

4.扩初设计 扩大初步设计是设计工作中重要的一环。扩初设计的工作主要由设计单位负责,但建设单位也必须密切配合。这一阶段主要工作及其顺序是:

(1)调查研究。主要是对建设条件进行调查。这是一项端正思想,总结经验,少走弯路搞好设计的重要步骤。

(2)方案设计。从多种方案设计中,通过比较、筛选,取长补短,精益求精,最后

确定一个比较合理，能满足使用功能要求的方案来。

(3)扩初设计。要有完备的设计文件和图纸。主要包括设计的指导思想，建设规模，总体布置及占地面积。主要技术经济指标，设备材料，建筑面积，辅助设施。总概况和文字说明。

(4)施工图设计。主要是满足施工要求。包括平面图，单项工程的平面、立面、剖面图及施工详图，“三废治理”，抗震、防火、防洪，水、电、暖施工详图及说明。

5.组织施工

(1)施工准备。主要有以下几项工作：施工项目列入年度计划；做好设计工作；申请施工执照；搞好施工现场的“三通一平”即：水通、电通、道路通，施工场地平；安排施工计划；技术交底；施工招标，签订施工合同，明确责任分工。

(2)建设单位的责任。包括协助施工单位安排工人进场；做好施工、设计、供料单位的协调工作，组织审查设计预算；监督工程质量；整理施工技术资料；做好隐蔽工程的分步分项验收；组织竣工验收。

6.竣工验收 基本建设项目竣工验收，是全面考核基本建设成果，检验设计和工程质量的重要环节。竣工验收的程序是：

(1)初验：小型项目由建设单位先组织初验，然后向主管部门提出竣工验收报告。

(2)全面验收：建设单位组织设计、施工、建设银行等有关单位人员共同参加，根据设计图纸和技术资料，进行全面检查验收。

(3)签署竣工验收鉴定书：对遗留问题应明确责任，确定处理办法，限期完成整修。

(4)绘制工程竣工图：编报工程决算，上报工程主管部门县卫生局、县计委审批。

三、建筑设计要求

设计的原则是经济、适用，在可能的条件下注意美观。所谓经济，一是要合理使用基本建设投资；二是要讲求经济效益。适用，要满足使用功能要求。要完成一项好的设计，工程设计人员与卫生人员必须密切配合，互相磋商，才能体现设计的完整性。

1.设计规模 农村卫生院的规模，一般以床位数为依据。床位数又是以服务人口数来确定的。按照国家建委、卫生部1979年6月25日颁发的《综合医院建筑标准》(以下简称“标准”)规定，新建城镇医院或卫生院，床位的总规模暂定每千人口5~7张。乡卫生院每千人口1张，中心卫生院因承担周围乡卫生院的转院任务，床位可略增加。实际上各地的差别是很大的，不能用一个模式或一个标准去套用。必须从当地农村居民对医疗保健的需求和现有资源条件的实际情况出发去确定规模。例如，有的必须建设有正规床位的乡卫生院，而有的可建不设床位的乡卫生所；有的经济条件好，业务量大的乡，除建门诊部、住院部外，还可建“疗养康复区”。经济条件差的乡，或业务量小的乡可只建门诊、住院合在一起的综合用房。此外，由于卫生院是综合性的卫生机构，它不仅承担医疗任务，还承担卫生防疫、妇幼保健、计划生育技术指导等任务，这些任务需要的用房也应统筹规划在设计之中。所以，无论是新建项目，还是改建项目，都应坚持全面规划，功能区分合理，留有发展余地，分期组织实施。现选几个设计方案，以供参

考(图 6—1 至图 6—5)。

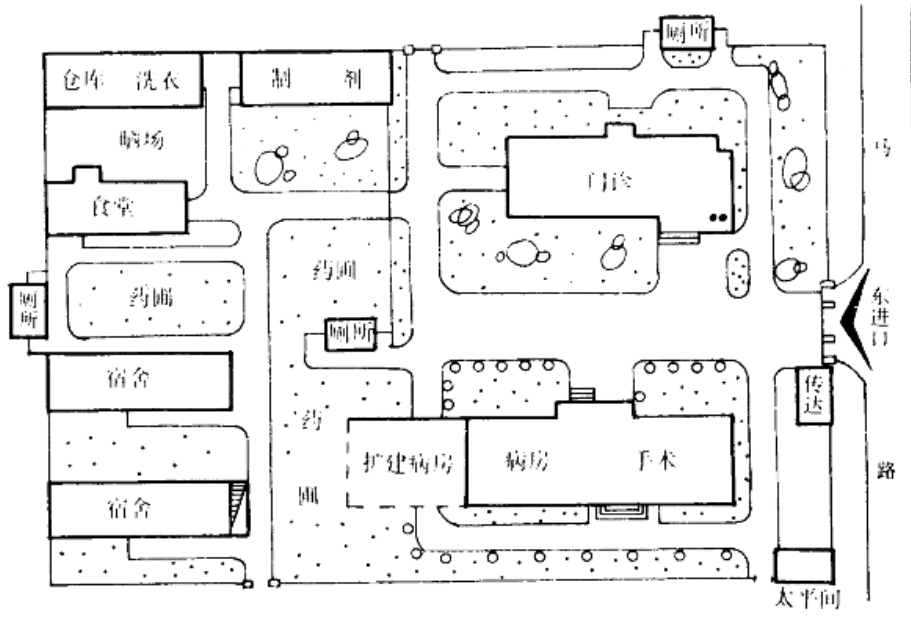


图 6-1(1) 卫生院平面布置图

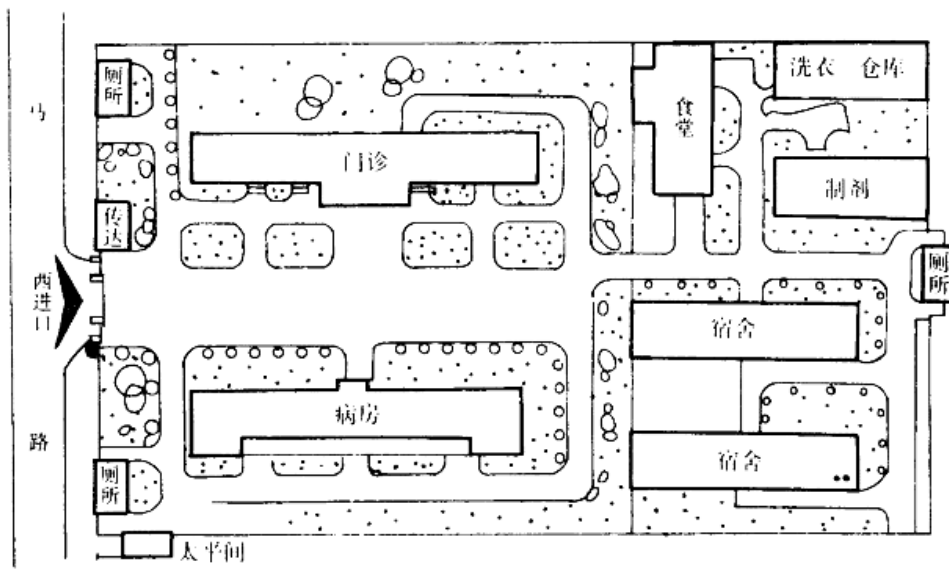


图 6-1(2) 卫生院平面布置图

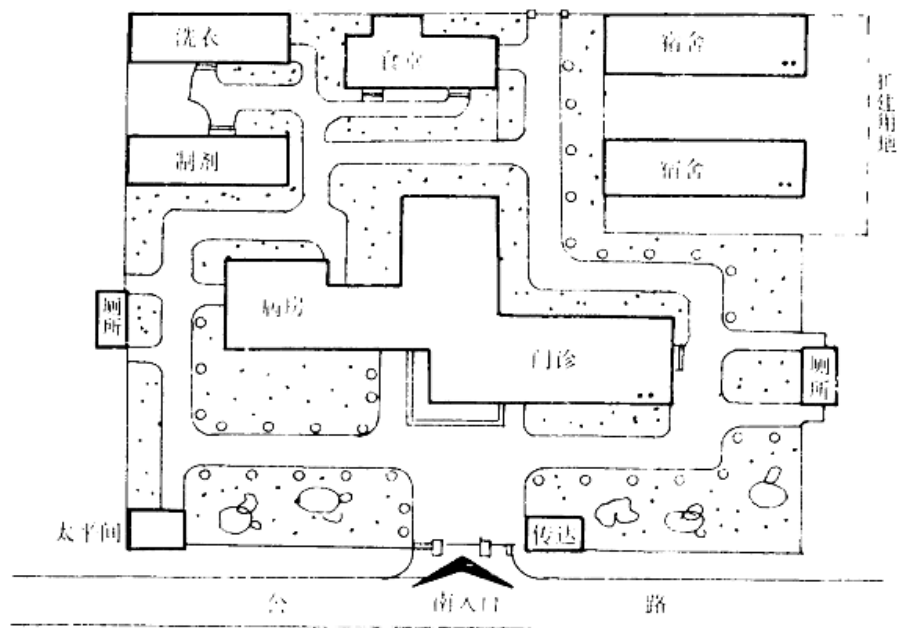


图 6-1(3) 卫生院平面布置图

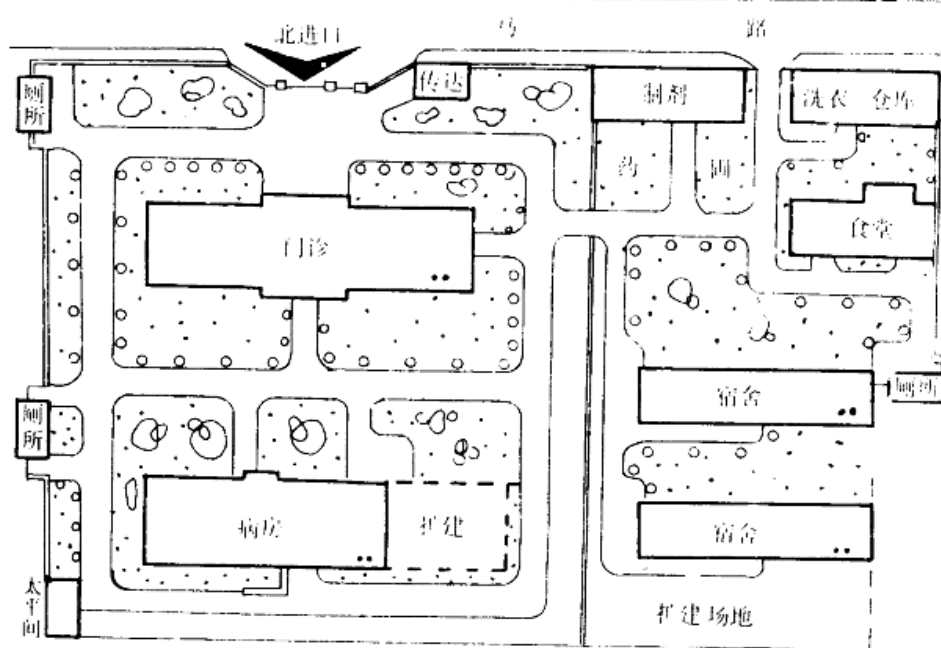


图 6-1(4) 卫生院平面布置图

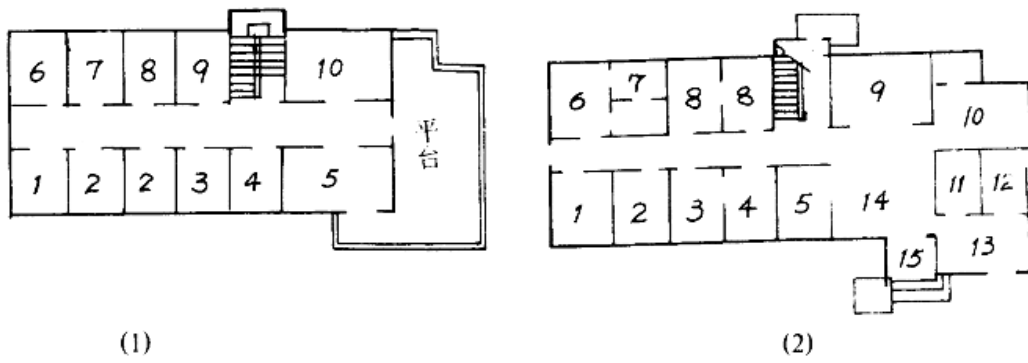


图 6-2 门诊部平面布置图

- | | |
|-----------|------------|
| (1) 楼层平面 | (2) 底层平面 |
| 1 中 药 | 1 小 儿 科 |
| 2 针 灸 | 2 内 科 |
| 3 计 划 生 育 | 3 治 疗 |
| 4 预 防 保 健 | 4 外 科 |
| 5 会 诊 | 5 注 射 |
| 6 起 搏 心 电 | 6 妇 科 |
| 7 五 官 | 7 人 工 手 术 |
| 8 口 腔 | 8 化 验 |
| 9 值 班 | 9 中 药 房 |
| 10 办 公 | 10 x 光 室 |
| | 11 值 班 |
| | 12 观 察 |
| | 13 急 诊、抢 救 |
| | 14 候 诊 |
| | 15 门 廊 |

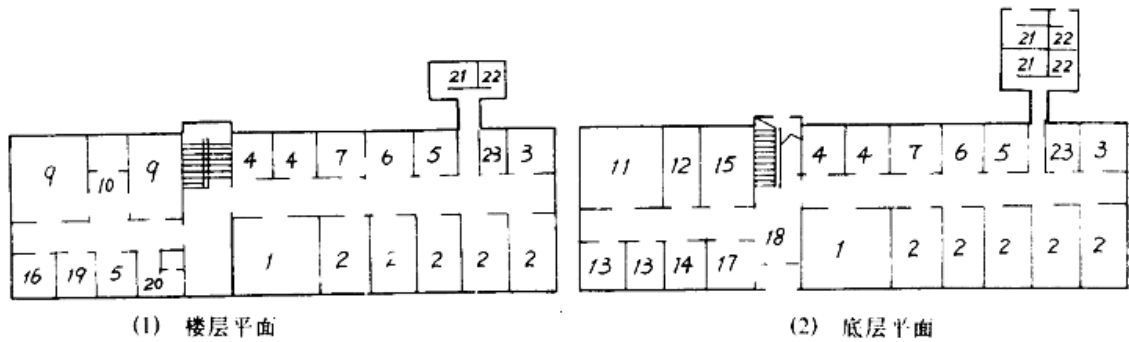


图 6-3 住院部平面布置图(标准一)

- | | | | | |
|-------------|------------|------------|------------|-------------|
| 1. 6 人 病 房 | 2. 3 人 病 房 | 3. 2 人 病 房 | 4. 1 人 病 房 | 5. 医 生 办 公 |
| 6. 护 士 办 公 | 7. 治 疗 室 | 8. 值 班 | 9. 手 术 室 | 10. 洗 手 室 |
| 11. 中 心 供 应 | 12. 西 药 房 | 13. 中 药 房 | 14. 药 械 库 | 15. 功 能 检 查 |
| 16. 器 械 | 17. 住 院 处 | 18. 门 厅 | 19. 准 备 | 20. 更 衣 |

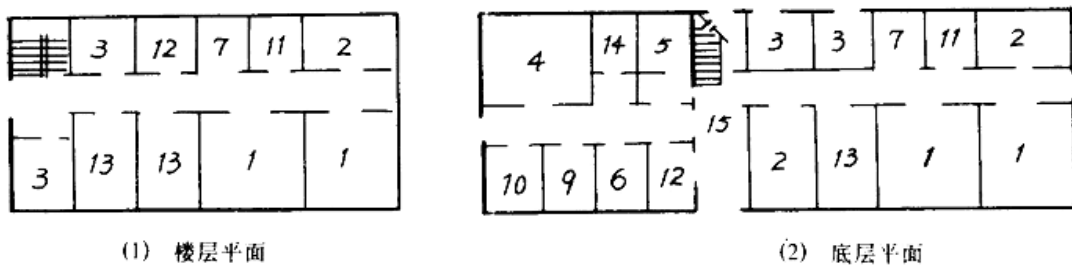


图 6-4 住院部平面布置图(标准二)

- | | | | | |
|--------------|--------------|------------|----------|---------|
| 1. 6 人 病 房 | 2. 4 人 病 房 | 3. 2 人 病 房 | 4. 手 术 室 | 5. 产 室 |
| 6. 医 生 办 公 室 | 7. 护 士 办 公 室 | 9. 准 备 | 10. 器 械 | 11. 值 班 |
| 12. 盥 洗 厕 所 | 13. 3 人 病 房 | 14. 洗 手 间 | 15. 过 道 | |

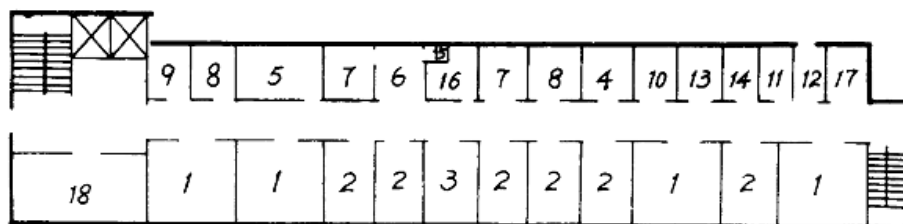


图 6-5 45 床护理单元示例图

1. 6 人病室 2. 3 人病室 3. 2 人病室 4. 1 人病室
 5. 医生办公 6. 护士办公 7. 治疗室 8. 值班室
 9. 配餐 10. 盥洗 11. 浴室 12. 污洗
 13. 男 厕 14. 女 厕 15. 工作人员厕 16. 被服库
 17. 杂用库 18. 会议

2. 建筑标准

(1) 用地标准: 每床位 80~130 米²(不包括附设机构及宿舍等生活设施的用地面积)。

(2) 建筑面积: 10~30 床, 每床建筑面积为 38~42 米²; 31~50 床, 每床建筑面积 42~44 米²; 51~200 床, 每床建筑面积 44~46 米²。(不包括职工福利、室外工程等设施所需的建筑面积)。

(3) 使用面积(室内净面积)。列举 30、50、100 床位面积标准见表 6—1。

	30 床	50 床	100 床
合 计	1012	1316	2826
其 中:			
门 诊	204	249	607
住 院	360	516	1140
手 术 部	64	67	139
放 射 部	48	54	120
检 验 科	36	49	84
药 房	52	54	130
中心供应	24	36	48
行政办公	60	84	138
事务杂用	84	87	216
营养厨房	40	60	108
洗衣房	40	60	96
平均每床	33.7	26.3	28.3

分科室的使用面积, 现将 30 床、50 床及 100 床的分配标准列举如下。见表 6-2 至表 6-8。

表 6-2

门诊部分科使用面积

单位: 米²

科 别	项 目	30 床	50 床	100 床
	门厅			24
公 用 部 分	挂 号 室	12	12	12
	病 历 室	12	12	18
	候 诊 室			40
	门诊办公			12
	男女厕所	6×2	6×2	12×2
	杂 用 库			12
	保 健 室			12
小计		36	36	154
内 科	诊查室	12	12	12×2
	治疗室	12	12	12
	注射室		12	12
小计		24	36	48
中 医 科	诊查室	12	12	12
	针灸室	12	12	12×2
小计		24	24	36
外 科	诊查室	12	12	12
	治疗室			12
	换药室	12	12	12
小计		24	24	36
五 官 科	眼 科 诊 室		12	12
	耳 鼻 喉 诊 室	12	12	12
	镶 牙 补 牙			24
小计		12	24	48

续表

小 儿 科	预 诊 室		12	12
	候 诊 室			12
	诊 查 室	12	12	12
	治 疗 室			12
	专用厕所			3 × 2
小计		12	24	54
功能 检查	心电图	12	12	12
	超声波			12
小计		12	12	24
急 诊 室	诊 查 室	12	12	12
	治 疗 室			12
	抢 救 室			24
	观 察 室	12	12	12 × 3
	污洗厕所			12
	值班更衣			12
小计		24	24	108
妇 产 科	诊 查 室	12	12	12
	治 疗 室			12
	计划生育	12	12	12
	手 术 室			12
	术后休息			12
	专用厕所		3	3
小计		24	27	63
传染科	诊查室			12
小计				12
理疗室	光疗室	6	6	12
	电疗室	6	6	12
小计		12	12	24
合计		204	243	607

表 6-3 手术室使用面积 单位: 米²

名 称	30 床	50 床	100 床
手 术 间	23	23	23 × 2
敷料器械室	11	11	11
消毒器械			9
刷 手 间	9	9	9
护士办公室			11
库 房	11	11	11
男女更衣厕所	10	13	24
洗 涤 室			9
小 计	64	67	130

表 6-4 放射科使用面积 单位: 米²

名 称	30 床	50 床	100 床
X 光机室(200mA)			36
X 光机室(30mA / 50mA)	24	24	24
暗 室	12	12	12
登记存片	12	12	12
读片诊查		6	12
机 修 室			12
值 班 室			12
小 计	48	54	120

表 6-5 检验科使用面积 单位: 米²

名 称	30 床	50 床	100 床
生 化			12
临 检	12	12	12
血 库		13	12
采 血			12
门诊化验	12	12	12
洗 涤	12	12	12
值 班 室			12
小 计	36	49	84

表 6-6

药房使用面积

单位: 米²

名 称	30 床	50 床	100 床
西药调剂	12	12	24
西药制剂	12	12	24
西药库房			12
洗刷蒸馏	10	12	12
中药调剂	12	12	24
中药库房	6	6	24
消 毒			10
小 计	52	54	130

表 6-7

中心供应室使用面积

单位: 米²

名 称	30 床	50 床	100 床
洗 手 间		12	12
敷 料 制 作	12	12	12
消 毒 间	12	12	12
消毒器械敷料			12
小 计	24	36	48

表 6-8

事务杂用房使用面积

单位: 米²

	30 床	50 床	100 床
汽 车 库	20	20	20
被 服 库	12	12	45
危险品库	8	8	8
家具修理	10	10	12
痰盂便具消毒			8
焚 烧 炉			8
动 物 房			14
变 电 室	12	12	12
锅 炉 房			50
传 达 室			12
室外厕所	10	13	15
病理解剖与太平间 (合建)	12	12	12
水 泵 房			
小 计	84	87	216

考虑到住院病区部分是按护理单元设计的，所以将一个护理单元的使用面积分配标准列于表 6-9 中。

表 6-9 一个护理单元（内科 50 床为例）使用面积 单位：米²

名 称	每间使用 面积(米 ²)	间 数	小 计
6 人病室	33	4	132
3 人病室	19	6	114
2 人病室	19	3	57
1 人病室	13	2	26
护士办公室	13	2	26
治疗室 ¹	13	2	26
医生办公室	26	1	26
配餐室 ²	13	1	13
病人活动室 ³	26	1	26
被服仓库	11	1	11
杂用库房	11	1	11
男女厕所	9	2	18
浴 室	9	1	9
盥 洗 室	9	1	9
污 洗 室	9	1	9
男女值班室	11	2	22
合计	—	—	535

注：¹ 治疗室 2 间包括：发药注射室一间、特殊治疗室一间。

² 配餐室设开水炉。

³ 病人活动室兼会诊。

(4) 建筑规格：几种主要建筑参数见表 6-10、6-11、6-12。

表 6-10 主要用房采光表

室 别	比 值
诊查、病人活动、检查、医生办公	1/6
候诊、病房、配餐、医护人员休息	1/7
更衣、浴室、厕所	1/8

注：“比值”系主要用房的采光口面积与地板面积之比。

表 6-11

建筑常用参数表

单位: 米²

室 别	建议采用值 (中-中)	一般最低限度值 (中-中)	室内净高
室内走道: 病房	2.7	2.4	3.2
门诊	2.7~3.0	2.4	3.2
手术室	2.7	2.4	3.4~3.6
病房: 6人病室	6.0×6.0	5.7×5.7	3.2
3人病室	3.6×6.0	3.3×5.7	3.2
辅助用房	进深 3.9×4.2	3.6	3.2

注: 门诊过道中至中宽度采用 3 米时, 一般可不设候诊室。

表 6-12

手术室平面最小净值

单位: 米²

大手术室	5.4×5.10
中手术室	4.2×5.10
小手术室	3.3×4.80

注: X 光室的大、中、小间面积最小净值同手术室。

规模小的乡卫生院, 可以根据实际情况调整。例如: 分科不细的门诊部分用房可不设的科室面积扣除; 床位较少的病区, 可减少病室的间数; 不设手术室和某些医技科室的, 亦可将该部分面积扣除。不设床位的乡卫生所, 病区面积可相应缩减。总之, 建设规模一定要从实际出发。

3. 设计要点

(1) 选址: 乡镇卫生院选址应注意交通方便, 临近主要交通道路。水乡地区宜面临水陆通道; 便于利用乡镇基础设施; 环境安静, 远离污染源; 地形力求规整; 远离易燃、易爆生产区及其贮存区; 远离高压线路及其设施; 远离少年儿童活动密集场所和水源、电源。

(2) 总平面设计: ①功能区分合理, 清洁与污染线路清楚, 避免或减少交叉感染。②建筑平面布置紧凑, 交通便捷, 管理方便。③应保证住院部、手术室、功能检查室等用房的环境安静。④病房应获得最佳朝向, 病房前后间距应满足日照要求, 且不宜小于 12 米。⑤总体规划应留有发展余地。⑥应充分利用地形, 搞好空地绿化。⑦对废弃物的处理, 应做出妥善安排。⑧职工住房不得建在病区内, 如用地毗连时, 必须分隔, 另设出入口。

(3) 门诊设计。门诊部的出入口或门厅, 应处理好挂号问询、预检分诊、记帐收费、取药等相应关系, 使流程清楚, 交通便捷, 避免或减少交叉感染。

(4) 病房设计: ①病床排列应平行于采光窗墙面。单排一般不超过 3 床, 特殊情况不超过 4 床。双排一般不超过 6 床, 特殊情况不超过 8 床。②病房门应直接开向走道, 不应通过其它用房进入病房。③重点护理病室应靠近护士室, 不宜超过 4 米, 距监护病室

不超过2米。④病室门净宽不得小于1.1米，门扇应设探视窗口。⑤护士站宜以开敞空间与护理单元走道相通，距最远病室门口不应超过30米，与治疗室门相通。⑥配餐室应靠近餐车入口处，并宜有烧开水和加热饭菜的设施。⑦有条件的单位，护理单元可设盥洗室和厕所。

(5)手术室设置及平面布置：①手术室应邻近外科护理单元，并应独立划区。②如系楼房，手术室不宜设于底层。设于顶层者，对屋盖应采取严格的保温、隔热、防水措施。③平面布置应符合功能流程和洁污分区要求。④入口处应设卫生通过区，换鞋处应有防止洁污交叉的措施。⑤通往外部的门，应采用弹簧门。⑥手术可采用天然光源或人工照明。采用天然光源时，采光面积之比不大于七比一，并应采取有效的遮光措施。⑦手术室应尽量设壁橱，把占用空间的橱、柜、桌减少到最低限。墙角及踢脚线宜采用圆角。内墙颜色以豆绿色为宜。电器插座宜设在靠近走廊一侧墙壁的下方，做到可以“内用外修”。

(6)墙裙：医疗用房、走廊可做油漆墙裙。手术室、洗手间、产房、无菌室、血库、洗涤间、消毒室、厕所等可做瓷砖墙裙。

(7)环境设计：绿化、美化是总体设计中应该重视的问题。要给病人创造一个轻松而愉快的环境，使病人有亲切感。有条件的地区，可以结合本地区的特点，设计些建筑小品，种花、种草，绿化美化环境。

第七章 卫生院工作的考核与评价

第一节 文明卫生院建设

文明卫生院的建设是以革命理想、道德教育为核心的思想政治工作和现代管理学理论相结合的产物，是卫生院贯彻落实中共中央关于加强两个文明建设战略方针的具体措施。

一、开展文明卫生院建设的指导思想

开展创建文明卫生院的活动的活动要以坚持“一个中心、两个基本点”，实行救死扶伤，发扬革命人道主义精神为基本指导思想。通过革命的理想、道德教育和社会主义医德医风教育，提高广大职工的政治觉悟，消除和抵制资产阶级思想作风的侵蚀，做有理想、有道德、有文化、有纪律的医务工作者。通过科学管理的实施，不断提高卫生院的业务技术水平和管理水平，提高工作效率和服务质量，充分利用现有的卫生资源，更好地为人民群众提供卫生服务。

二、开展文明卫生院建设的基本内容

建设文明卫生院是卫生系统的一种教育形式。创建文明卫生院，不是由上级硬性规定统一的程序和方法，而是依据本地区的具体情况，发挥职工的积极性和创造性，采用各种办法，达到限定期内的标准。文明卫生院建设的基本内容有以下几方面：

1.思想政治工作方面 坚持四项基本原则，认真贯彻党的路线、方针、政策，培养高尚的职业道德，明确职业责任，严格职业纪律，在一切工作中坚持全心全意为人民服务的宗旨。

2.管理工作方面 建立健全科学的管理体系和自我控制措施，并能从实际出发实施目标管理。认真贯彻执行以岗位责任制为中心的各项工作制度和操作规程，形成整洁、优美、安静、舒适、安全、方便群众就医的环境和秩序。

3.工作质量方面 重视业务技术建设，积极发展新业务和新技术，有严格的质量管理指标和办法。在医疗工作方面，抢救成功率、确诊率、治愈好转率要逐年有所提高，并达到较高的水平；在卫生防疫、妇幼保健和计划生育技术指导方面，计划免疫、传染病管理、地方病防治、社会卫生、妇女“四病”普查普治、孕产妇和婴幼儿系统管理、科学接生的普及、计划生育“四术”的开展等要达到规定的指标，并逐年有新的发展。各项业务工作的差错率明显下降，杜绝事故的发生。

4.领导干部方面 领导班子在年龄结构、专业结构和智能结构方面力求合理，形成

整体效能很强的集体。领导成员要有高度的革命事业心和政治责任感，有知难而进的奋斗精神；有一切从实际出发，深入群众，调查研究解决问题的求实精神；以身作则，团结群众，以自己的模范行为和领导才干去影响和带动群众去创建文明卫生院；有敢于管理、善于管理和搞好卫生院全面建设的能力。

三、文明卫生院的发展方向

文明卫生院是依据一定的标准，在严格检查、考核、评议的基础上产生和授予的称号。创建文明卫生院，在过去的不同时期，曾有过不同的侧重点。例如，在开展文明卫生院活动的初期是从整顿“脏、乱、差”入手，以建立正常的工作秩序，改善院容院貌为侧重点，强调了环境的绿化、美化、净化的要求和管理制度、工作程序的建立，对卫生院建设起了积极的促进作用。当社会上的不正之风影响到卫生系统时，则特别强调了医德医风、医疗护理质量和服务态度方面的要求。显然，文明卫生院建设的要求绝不是固定不变的，应该随着社会的发展和卫生事业的发展，相应地修正卫生院建设的标准。文明卫生院向什么方向发展呢？首先是将管理学的理论运用于卫生院的管理工作，贯彻改革、开放的方针，建立高效能的管理体制和完善的管理指标体系；第二是贯彻预防为主方针，全面开展卫生院的预防、医疗保健工作，发挥多功能的作用；第三是以共产主义的理想和高尚的职业道德，纯熟的初级卫生保健的全面技能服务于人民群众，成为卫生建设的楷模。

第二节 考核、评价的目的与意义

一、考核与评价的目的

考核与评价是农村卫生院科学管理中的重要组成部分，是一项系统性、连续性很强的工作。考核与评价可以用来总结经验，吸取教训，改进工作，指导今后工作计划的安排，找出完成任务的各项有效措施，以达到对本院工作质量的有效控制，促进服务质量的提高。

上级领导部门对农村卫生院的考核与评价可以客观地衡量卫生院工作质量的好、中、差，从而胸中有数，以便及时总结、推广先进经验，帮助后进单位改进工作，使各卫生院的工作都得到提高，同时也为卫生院之间的评比竞赛提供依据。

考核与评价的目的在于提高农村卫生院的工作质量和管理水平，更好地进行卫生服务。

二、考核与评价的意义

通过对农村卫生院进行考核与评价，其意义在于：

(1)通过考核与评价，分析健康投资在防病治病活动中所取得的社会效益和经济效

益。

(2)考核与评价是对信息反馈的重要加工，只有对信息反馈进行加工，“去伪存真，去粗存精，由此及彼，由表及里”地进行分析，加工后的信息才有真正的实用价值。

(3)农村卫生院自身的考核与评价，有利于促进农村卫生院内部的协作和加强综合的管理工作。

(4)有利于促进农村卫生院成员树立优质服务思想，养成认真负责的良好作风。

三、考核与评价的内容

1. 全面工作考核与评价

(1)期内工作任务完成情况。包括各项工作效率、质量、经济效益指标的计划完成情况和实际完成情况，作出恰当、正确的评价。

(2)行政管理部分。包括机构设备，院容院貌，文明服务，工作秩序，各项规章制度，操作常规及岗位责任制执行情况，人员培训等。

(3)医疗管理部分。包括门诊、病房、护理、医技科室管理。

(4)社会卫生管理部分。包括卫生防疫、妇幼保健、村卫生所建设、初级卫生保健工作的开展等。

(5)财务管理部分。

(6)设备物资管理及信息统计，医教科研等工作开展情况。

(7)中心卫生院对乡(镇)卫生院的技术指导，卫生院对村卫生所的技术指导、乡村医生培训等。

(8)对领导班子按“四化”要求进行考查。

通过全面工作考核，对本期内卫生院的工作做出全面评价。

2. 单项工作考核与评价 对卫生院一定时期内某一方面(项)工作按有关部门制订的标准与要求予以考核与评价。如对计划免疫工作、急诊工作、村卫生室管理等单项工作的考核与评价。

四、考核与评价的方法

考核与评价的方法大体有如下二类：

1. 第一类

(1)指标考核与评价法。这是经常用的一种方法。是通过一系列指标所构成的指标体系来考核的方法，如卫生政策指标；社会经济文化指标；卫生状况指标等。此方法的优点是，可以通过数据表达，一目了然；还可以通过指标直接分析原因，便于寻找问题，改进工作；方法简便易行。不足之处是有的指标无法用数据表达，影响相互比较。

(2)标准考核与评价法。标准法是在制订一定范围和一定水平专业性标准的基础上进行的一种方法。这种方法有客观的标准为依据，简便易行，比较实用。但制订标准需要一定时间。

(3)调查考核与评价法。这种方法国外普遍使用，是事先确定标准和调查的具体项

目内容，规定等级，制定一定的表格。这种方法也是较为简便易行的，直观性较强，但由于是调查得到的结果，分析较困难。

(4)打分考核与评价法。这种方法是按考核与评价的内容进行分类，根据重点，运用模糊数学原理确定分组，确定打分的标准，经考核与评价把各项分值相加，得到总分，对照预先制定好的分值标准进行比较，得出好、中、差三等。这种方法使用很方便，容易进行比较，可以最大限度减少人为的因素，不足之处是打分时容易出偏差。

2.第二类 这类考核与评价方法是世界卫生组织推荐的，它主要用于对规划制订和实施的考核与评价。

(1)适合程度的考核与评价。是考核与评价对象的适合程度的一种方法，即检定有关卫生政策、规划、计划活动，服务工作和机构是否合理。

(2)足够程度的考核与评价。是检定乡卫生院工作中的问题，如对本乡某一疾病发病幅度和严重性的认识程度和解决程度等。

(3)进度的考核与评价。系分析所做的工作，使用的资源，对原计划方案实施进度的考核与评价。

(4)效率的考核与评价。是对投入与产出的分析，找出问题，为采用更好的、更经济的方式来取得最佳的效果，即对技术效率和成本效率进行考核与评价。

(5)效果的考核与评价。主要是分析目标实现程度的考核与评价。

五、考核与评价的时间与程序

1.评价时间 考核与评价可定期与不定期进行。定期考核与评价一般可按月、季、半年、一年进行。上级主管部门的考核、评价一般为半年及一年；院内可按月、季对各科室工作进度进行考核、评价。不定期的考核、评价随时可以进行。两种方式结合能真实地反映出工作的切实情况，得出比较正确的结论。

2.评价程序

(1)自我评价。本单位对自己的工作进行检查评价。可比较全面地掌握工作中的第一手资料，可充分了解工作成绩和问题，检查的情况真实。这也是对本单位工作进行评价的第一步。

(2)上级评价。上级主管部门组织有关人员对本单位的工作进行考核评价，上级评价时要倾听本单位的意见，尊重他们的工作成果，指出他们工作中的问题，帮助他们解决工作中遇到的困难与问题。

第三节 农村卫生院考核评价的指标和标准

一、什么是指标

指标是用来衡量事物变化的具体数字，有直接和间接的两种指标。

在对农村卫生院的工作进行考核与评价过程中，指标和标准是考核与评价的左右

手。

在选用指标时要注意它的有效性、可靠性、灵敏性与特异性。有效性系指指标对衡量的对象可以进行实际的衡量；可靠性系指任何人在不同的时间、不同的情况下使用这些指标，其结果都是一样；灵敏性是指指标对有关情况和现象变化有敏锐的反映；特异性系指该项指标具有专一性，只体现这个有关情况的变化。例如，婴儿死亡率是衡量儿童健康状况的敏感性指标，可体现婴儿死亡情况的变化，有效而可靠，然而它对任何具体的卫生行动却没有特异性，因为婴儿死亡率的下降，同社会经济发展有关、与卫生事业发展有关，但很少仅与一项卫生活动有关。

二、什么是标准

标准是衡量行动的水准。标准可分技术性的和社会性的。标准尽可能的用数值表示，而有些涉及社会标准的很难用数值表示，只能用质量估价来描述。

三、农村卫生院考核与评价的有关指标和标准

1. 卫生院基本情况

(1) 卫生院人员状况

表 7-1 卫生院人员状况

	总计	卫生技术人员				行政	工勤
		主治医师	医师	医士	护士		
人 数							
平均每千 人口占有数							

(2) 农村卫生院的物资设备情况

表 7-2 农村卫生院的物资设备情况

项 目	房 屋 (米 ²)	设 备				药 品		资 金		床位
		X 光机	显微镜	牙椅	冰箱	种类	金额	固定资金 (元)	流动资金 (元)	
数量										
状况										

(3)村卫生室人员状况

表 7-3 村卫生室人员状况

	计	医师		乡村医生		卫生员		接生员
		男	女	男	女	男	女	
人 数								
平均每千人								
口占有数								

(4)村卫生室的物资设备情况

表 7-4 村卫生室物资设备情况

项目	房屋 (米 ²)	设 备			药 品		资 金		床位
		血压计	高压灭菌器	冰瓶	种类	金额	固定资金(元)	流动资金(元)	
数量									
状况									

2.当地居民健康状况指标

(1)19种法定传染病总发病率及当地主要传染病的发病率。

(2)14种主要疾病的患病数和患病率

表 7-5 14种主要疾病的患病数和患病率

疾 病	肺结核	心血 管病	脑血 管病	肿瘤	肺心病	小儿 佝偻病	小儿 贫血	小儿 肺炎	阴道炎	宫颈炎	沙眼	双盲	耳聋	龋齿
患病数														
患病率														

(3)当地人口死因构成及顺位。死因构成为同年死亡总人数中全年各种死因死亡人数的百分构成比，反映主要死因构成和变化；死因顺位则是以各种死因死亡率的高低排列次序，反映死亡的疾病变化。死因构成与顺位是死因动态分析的重要指标。

(4)婴儿死亡率和新生儿死亡率

(5)人均期望寿命：估计同时出生人口活到某一年龄时尚能生存的人数。人均期望寿命是以各个年龄别死亡率为依据，是分析居民健康水平的一个重要指标。婴儿死亡率增高将直接影响人均期望寿命。

3.卫生保健指标 ①各种疫(菌)苗接种率；②四苗覆盖率；③新法接生率和科学接生率；④住院分娩率；⑤孕产妇死亡率；⑥妇女、儿童普查率；⑦新生儿平均身长和体重，其中2500克体重以上的百分率。

4.卫生院工作效率、工作质量指标

5.卫生院经济效益指标

4、5 详见附录有关管理指标要求。

现将“黑龙江省省级文明乡(镇)卫生院检查成绩表”附后，以供参考。

表 7-6

黑龙江省省级文明乡(镇)卫生院检查成绩表

单位: _____ 应得总分 700 分 实得总分: _____ 名次: _____ 年 月 日

检查项目	应得分	实得分	备注	检查项目	应得分	实得分	备注
一、组织领导	30			8.质量指标	(140)		
二、院容院貌、清洁卫生	46			六、预防保健	235		
1.院庭、门诊、病房	(18)			1.组织领导	(20)		
2.医护人员	(10)			2.防疫工作	(100)		
3.总务后勤	(18)			3.妇幼保健	(50)		
三、医院秩序	34			4.村卫生所建设	(65)		
四、服务态度	30						
五、医疗质量	325						
1.急 诊	(30)						
2.门 诊	(25)						
3.病 房	(55)						
4.护 理	(20)						
5.医技科室	(10)						
6.隔离消毒	(30)						
7.病案统计	(15)						

黑龙江省省级文明乡(镇)卫生院标准

表 7-7

标准内容	检查应得分	扣分标准	扣分依据	实得分
一、组织领导	30			
1. 实行院长负责制	(5)	没有实行不得分		
2. 有长远规划、年度计划和总结	(3)	无规划、计划不得分, 无总结扣 1 分		
3. 坚持政治、业务学习制度, 并有计划、总结	(3)	没学习不得分, 没计划、总结各扣 1 分		
4. 开展优质服务、文明行医等活动, 并有成效	(5)	没开展不得分, 开展成绩不显著扣 2 分		
5. 各类人员有技术档案, 并坚持考核	(4)	没档案不得分, 没考核扣 2 分		
6. 做到技术、设备、房屋三配套	(10)	没三配套不得分, 其中一项不配套扣 3 分		
二、院容院貌、清洁卫生	46			
1. 院庭、门诊、病房	(18)			
1 植树绿化, 环境优美	5	不植树扣 2 分, 不优美扣 3 分		
2 有焚烧炉, 厕所清洁不漏雨	4	无焚烧炉扣 2 分, 厕所不清洁, 漏雨各扣 1 分		
3 各科室、走廊设有痰盂	2	没有不得分, 数量不足扣 1 分		
4 诊室、病室、处置室、化验室禁止吸烟	2	发现吸烟者不得分		
5 病室物品设备整洁, 存放有序	2	不整洁扣 1 分, 物品乱放扣 1 分		
6 无蝇、蚊、蚤、虱、臭虫、蟑螂、鼠	3	有一种扣 1 分		
2. 医护人员	(10)			
1 工作时穿工作服, 操作时带口罩	4	发现一人不穿工作服扣 1 分, 不戴口罩扣 0.5 分		
2 不穿工作服、戴白帽上街, 进厕所、食堂、托儿所	4	发现一人扣 2 分		
3 个人卫生好(指甲、胡须、头发、工作服)	2	发现一人不合格扣 1 分		
3. 总务后勤	(18)			
1 食堂卫生清洁, 食品“三分开”(生与熟; 成品与半成品; 食品与杂物)、食具干净、煮沸消毒	5	食品不分开扣 2 分, 食具不净扣 2 分, 不消毒扣 1 分		
2 工勤人员卫生好, 不穿工作服卧床和进厕所	4	发现一人扣 2 分		
3 炊事员定期体检, 有传染病及时调离	3	一年内没体检扣 2 分, 有传染病没调离不得分		
4 药库、备品库清洁卫生, 物品上架	2	库不洁、没上架各扣 1 分		
5 尸体房清洁, 防鼠防蝇、专用担架、用后消毒	2	不清洁有蝇扣 1 分, 无专用担架扣 1 分		
6 锅炉房卫生, 安全	2	差一项扣 1 分		
三、医院秩序	34			
1. 科室有岗有责有人	(8)	有一科无一样扣 2 分		
2. 无迟到、早退、旷工	(5)	发现一人扣 2 分		
3. 工作时间不干私活、不办私事	(5)	发现一人扣 2 分		

续表

标准内容	检查应得分	扣分标准	扣分依据	实得分
4. 工作时间不饮酒	(3)	发现一人饮酒不得分		
5. 门诊候诊有序, 无围观	(5)	无序扣 3 分, 有围观扣 2 分		
6. 病房有探视制度并坚持执行	(2)	无不得分, 没坚持扣 1 分		
7. 病室肃静 不喧哗	(2)	不肃静不得分		
8. 门诊走廊设有候诊椅	(2)	没有不得分		
9. 各科室有明显标志	(2)	没有不得分		
四、服务态度	30			
1. 文明行医, 礼貌待患, 语言和气, 不与患者吵架	(4)	发现一人态度生硬扣 2 分, 有一人吵架不得分		
2. 扶老携幼, 优先照顾危重病人(有措施)	(2)	无措施不得分, 有措施没落实扣 1 分		
3. 看病检查细心, 治疗精心, 解答耐心	(3)	差一项扣 1 分		
4. 处置做到轻、稳、准, 病人不痛苦	(3)	差一项扣 1 分		
5. 不推诿病人, 不借职权谋私利, 搞不正之风	(10)	差一项扣 5 分		
6. 食堂卫生清洁, 开饭及时	(4)	差一项扣 2 分		
7. 各科室设有意见簿, 有专人管理并有处理结果	(4)	没有不得分, 没有处理结果扣 2 分		
五、医疗质量	325			
1. 急诊	(30)			
1 设急诊抢救室, 有专人管理, 有抢救组织	1	无不得分, 差一项扣 3 分		
2 急救药品齐全, 位置固定	5	差一项扣 2 分		
3 有抢救常规, 急救抢救组织图、程序图	2	无一项扣 2 分		
4 有六种抢救器械(氧气筒(袋)、简易呼吸机、胃肠减压器、电动吸引器、洗胃器、静脉切开包)	10	缺一种扣 2 分		
2. 门诊	(25)			
1 业务院长、副院长每周出门诊二次	2	不出门诊不得分, 不定期出诊扣 1 分		
2 门诊 24 小时有人值班, 病人随到随诊	3	无人值班不得分, 夜间发现一个病人到院 20 分钟内看不上病扣 1 分		
3 处方字迹清楚, 剂量准确, 处方药量 2~3 天(慢性病除外)	(8)	见附表		
1 门诊病案质量	10	见附表		
2 医生有门诊工作日志	2	没有不得分, 记录不全扣 1 分。		
3. 病房	(55)			
1 病人入院登记, 项目记录完整	4	没登记不得分, 项目记录不全扣 2 分		
2 病案质量	10	见附表		
3 坚持疑难病症会诊、死亡病例讨论制度	3	看记录, 无不得分, 差一项扣 1 分		
4 坚持值班及交班制度	2	无不得分, 交接班记录不全扣 1 分		
5 坚持术前讨论, 术后小结, 重大手术审批制度	4	看记录, 没有不得分, 差一项扣 2 分		

续表

标准内容	检查应得分	扣分标准	扣分依据	实得分
6 有医疗事故及差错登记簿	3	没有不得分		
7 中心卫生院能开展下腹部手术(肠吻合、剖腹产等), 一般乡卫生院能施行绝育术	2	不开展不得分		
4. 护 理	(20)			
1 配有护士长, 有全院护理工作计划总结	2	无一项扣1分		
2 执行值班和交接班制度	2	差一项扣1分		
3 执行无菌操作常规	⑧	见附表		
4 认真执行医嘱, 做到“三查七对”	⑧	见附表		
5. 医技科室	(10)			
1 毒麻药专人专柜管理, 一人收方一人发药	4	无专人不得分, 管理差扣2分		
2 仪器设备定期保养	3	保养差扣1分		
3 检验报告(单)准确, 书写正规, 字体清楚	3	差一项扣1分		
6. 隔离消毒	(30)			
1 传染病房与一般病房分开	⑧	没分开不得分		
2 手术室布局合理, 定期消毒	4	差一项扣2分		
3 分娩室定期消毒, 有科学接生包	4	差一项扣2分		
4 制剂室设备齐全, 布局合理, 无菌操作	4	差一项扣2分		
5 处置室做到一人一针一管, 用后消毒	⑤	没做到不得分		
6 供应室有菌, 无菌物品分开存放	⑤	没分开不得分		
7. 病案统计	(15)			
1 有专职或兼职(只兼病案)统计员	3	没有不得分, 统计员兼职多一项扣1分		
2 病案管理做到有架保管, 门诊大病案有姓名、索引、病案书写整齐, 无涂改	3	差一项扣1分		
3 统计报表要求及时统计, 数据准确	⑤	没报表不得分, 其它差一项扣2分		
4 统计资料完整, 妥善保管	4	差一项扣2分		
8. 质量指标	(140)			
1 治疗有效率达97%	⑩	每减1%扣1分		
2 病死率在0.5%以下	⑩	每增0.1%扣2分		
3 医疗无效病死率0.3%以下	⑩	每增0.1%扣3分		
4 危重病人抢救成功率达65%以上	⑩	每减1%扣1分		
5 门诊收治与临床确定诊断符合率95%	⑤	每减1%扣1分		
6 住院病人外转率控制在3%以下	⑤	每增0.5%扣0.5分		
7 无医疗事故	⑩	发生一般医疗事故一例扣5分		
8 患者无褥疮	⑤	发生一例扣2分		
9 无注射感染	⑩	发生一例扣5分		

续表

标准内容	检查应得分	扣分标准	扣分依据	实得分
10 X光、化验检查阳性率达60%以上	⑤	每减1%各扣0.5分		
11 中心卫生院陪护率在50%以下,一般卫生院在70%以下	⑤	每增1%扣1分		
12 年平均床位周转次数达30次	10	每减1次扣2分		
13 实际床位使用率达60%以上	10	每减1%扣2分		
14 出院者平均住院日数5.2日	10	多0.1日扣1分		
15 全年开展家庭病床50张	25	没开展不得分,每少1张扣1分		
六、预防保健	235			
1.组织领导	(20)			
1 院领导有专人分管这项工作,情况明	⑤	无专人不得分,情况不清扣3分		
2 建立妇幼、防疫组,配专人	4	没设组不得分,没配专人扣2分		
3 信息资料准确	⑥	不准确不得分		
4 工作有计划和总结	⑤	差一项扣2分		
2.防疫工作	(100)			
1 疫情报告准确、及时、不漏报	25	不报不得分,不准确不及时各扣10分,漏报一例扣5分		
2 各种预防接种达到适时、全程、足量	25	不适时,全程各扣10分,不足量扣5分		
3 疫区处理及时,无传染病暴发流行	20	处理差扣10分,暴发不得分		
4 对“两管五改”进行技术指导	10	没进行指导不得分		
5 对地方病、结核病人进行管理治疗	20	一种病不掌握扣5分,不治疗扣5分		
3.妇幼保健	(50)			
1 开展围产期保健	10	没开展不得分,开展不全面扣5分		
2 全乡新法接生率达95%以上,30%的村推行科学接生	20	新法接生率差1%扣5分,没推行科学接生扣5分		
3 开展儿童健康检查,有计划有总结	10	没查不得分,没计划、总结各扣2分		
4 开展妇女病普查普治	10	没开展不得分,有查没治扣5分		
4.村卫生所建设	(65)			
① 集体办所,有医、有药、有房屋	35	全乡有一个村无医无药扣5分		
② 坚持乡村医生例会制度,有记录	15	没坚持不得分,没记录扣5分		
③ 培训乡村医生有计划、有总结	15	一年内没培训不得分,没有计划总结各扣5分		

附表

项目	具体检查要求(分)	应得分	扣分标准	扣分依据	实得分
一、门诊病案 (或小本)	1.一般项目: 姓名 年龄 性别 职业 籍贯 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 工作单位 住址 婚否 过敏史 0.5 0.5 0.5 1 2.内容项目: 主诉 现病史 既往史 主要病征 0.5 0.5 0.5 1 诊断 治疗处理 签名 1 1 0.5	5	字迹不清不得分,字迹潦草扣2分		
二、住院病案	1.一般项目: 姓名 年龄 性别 职业 籍贯 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2 工作单位 住址 婚否 过敏史 0.2 0.2 0.2 0.5 2.内容项目: 主诉 现病史 既往史 家庭史 0.5 0.5 0.5 0.3 个人生活史 体检 化验 0.3 0.5 0.3 特殊检查 小结 初步诊断 0.5 0.5 0.5 治疗处理意见 签名 0.5 0.3 3.及时(一般24小时,急诊立即写) 整齐 0.5 0.2 字迹工整 语言通顺 系统 准确 0.2 0.2 0.2 0.2 4.病程记录: 病情变化 检查所见 鉴别诊断 0.5 0.5 0.5 主治医师查房诊疗意见 治疗过程效果 0.5 0.5 特殊处理 签名 0.5 0.2 5.会诊 各种讨论 手术前讨论 手术记录 0.5 0.5 0.3 0.2 麻醉记录 术后总结 0.2 0.3 6.出院小结、死亡讨论 1	2.1 5.2 1.5 3.2 2 1	按缺项扣分 按缺项扣分		

续表

项目	具体检查要求(分)	应得分	扣分标准	扣分依据	实得分
三、处方	1. 一般项目: 门诊或住院号、年月日、科别、病员姓名、性别、年龄 2. 药品名、剂型、规格、数量、用药方法 3. 医师签字、配方人签字、检查发药人签字 4. 药价	2 3 2 1	缺一项扣0.5分 缺一项扣1分 缺一项扣1分 有一张处方, 无药价不得分		
四、无菌观念 操作常规	1. 操作戴口罩, 操作前后洗手 2. 治疗室、处置室: 无菌与有菌区严格分开, 污物与垃圾分开 3. 妇产科检查垫布或垫纸要消毒, 每个病人换一次 4. 注射要按常规操作, 处置室要定期消毒	2 2 2 2	缺一项扣1分 一项分不开扣1分 不消毒和不换各扣1分 差一项扣1分		
五、查对制度	1. 三查七对: 摆药后查, 服药注射处置前、后查; 对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法。对病人要知道: 床号、姓名、诊断、治疗、护理级别、饮食、病情。 2. 输血二人核对 3. 医嘱查对: 每班查对当日医嘱, 下班查对上班医嘱, 护士长每天查对当日医嘱, 每周总查对医嘱一次有记录	4 1 3	无查对不得分, 查对不全扣2分 无对不得分 护士差一项扣0.5分, 护士长差一项扣1分		

农村卫生院工作制度、 人员职责和主要管理指标

(供各地参考。在试用时可以从实际出发修改或补充)

一、农村卫生院工作制度

1. 门诊工作制度

(1)坚持 24 小时应诊。做到简化手续, 缩短候诊时间, 方便病人, 随到随诊。检查细心, 诊治认真, 礼貌待人, 文明行医。

(2)来诊病人挂号后, 应按先后顺序进入诊室就诊。病人就诊后, 凭医生处方、或检查处置单到药房划价、收款后方可取药、处置或到医技科室诊查。

(3)急、危、重病人按急诊制度给予优先接诊, 并积极进行抢救治疗。

(4)对疑难病人, 如三次来门诊不能确诊者, 或由于技术水平和设备条件不能诊治的病人, 要及时请有关医生会诊, 必要时可向附近上级医院联系转诊。

(5)发现法定传染病人, 要按规定及时报告县卫生防疫站。

(6)门诊医生要认真填写好门诊工作日志或病志。

(7)掌握医疗原则, 严格执行医疗常规, 做到因病施治, 不开人情药和人情诊断书。要科学用药, 合理用药, 不增加病人不合理的经济负担。

(8)对需入院病人, 应做必要的辅助检查, 做出初步诊断, 填写“入院通知单”, 办理入院手续, 方可入院。

(9)每天应指定一名出诊医生, 负责出诊工作。各科室应密切联系, 互相配合, 不得推诿病人。

(10)门诊部应经常保持清洁卫生, 改善候诊条件, 加强候诊教育, 宣传卫生防病和计划生育知识, 搞好院容、院风, 维护卫生院正常工作秩序。

2. 急诊与抢救工作制度

(1)对急诊和危重病人的抢救工作, 必须加强领导, 做到组织、人员、设备、药品四落实, 院长或医务组长应亲临现场, 组织医疗骨干进行抢救。中心卫生院和规模较大的一般卫生院还应建立急诊抢救室和抢救小组, 负责急诊抢救工作。抢救时要详细记录, 抢救后及时总结经验, 必要时应上报市、县卫生局。

(2)各类急救药品、器材应准备完善, 有专人管理, 放置固定位置, 经常检查, 及时补充、更新和消毒, 保持应急状态。

(3)对急诊病人应以高度的责任心和同情心, 及时、严肃、敏捷地进行诊治, 严密地观察病情变化, 并做好详细记录和交接班工作。

(4)凡涉及法律、纠纷的伤病员, 在积极救治的同时, 要及时向有关部门报告。

3. 出诊制度

(1)由门诊医生轮流出诊。有关人员接到外地呼叫急救、出诊时，应弄清患者地址、单位、姓名和病人情况，并立即通知医生和有关人员出诊，如伤病员多时，应报告医务组或院领导迅速组织抢救。

(2)出诊中如遇到疑难重危病人，因技术或条件限制，处理不了的病人，要及时护送到本院或转院治疗。

(3)积极送医送药上门，农忙季节更要加强出诊工作和派出医务人员下乡巡回医疗。

4.入、出院工作制度

(1)病员入院必须持本院医生开的入院通知单，办理入院手续，由当班护士负责安排入院事宜，并介绍住院须知及病房有关制度。

(2)病员出院必须经负责医生批准，填写出院通知单，按规定办理出院手续，交还用具，方可出院。

(3)病员出院前，经治医生应交代出院后注意事项，并主动征求病员对医疗、护理等方面的意见。

(4)对因病情不宜出院而病者或家属要求出院者，医生应加以劝阻，如说服无效，应报病房负责医生批准，并由病员或家属出具手续。应出院而不出院者，从第二天起加倍收费，并通知所在单位或有关部门接回或送回。

5.病房工作制度

(1)建立住院病人登记簿，填写病人姓名、年龄、性别、职业、住址、单位、病房号、入出院时间、诊断等各项内容。

(2)对住院病员必须书写住院病志；对死亡病员要填写死亡报告。

(3)住院医生要坚持每天查房两次(上午查房，下午巡视)，对重患者要随时检查，对危重患者要及时抢救，并给予特别护理。

(4)病房护士要及时、准确、严格的执行医嘱，遵守各项技术操作规程。

(5)住院医生要提出疑难、典型、死亡病例，在院长或负责医生主持下，组织全院医务人员讨论，从中吸取经验教训，提高医疗技术水平。

(6)病房的设备规格化，管理要制度化，男，女病员应分房收治，传染病员应在传染病区或病室隔离治疗。

(7)保持病房整洁、舒适、肃静、安全。医务人员和病员、陪人均不准在病室内吸烟，煮食物。

6.住院须知

(1)住院病员须持“入院通知单”办理入院手续，按指定病室、病床住院。

(2)住院病员应听从医务人员的指导，与医务人员密切合作，服从治疗，安心休养。

(3)住院病员应遵守病房作息时间，保持室内外环境整洁与安静，不随地吐痰，不乱丢果皮纸屑。

(4)住院病员留陪住人员，应经医生批准。

(5)住院病员或陪住人员不要在病房烧煮东西，必要时可在指定地点烧煮。

(6)住院病员和陪住人员不要自行邀请院外医生诊治。不要向医生要求不必要的治疗或指名要药。不得擅自翻阅医疗文件。不要乱串病室和在病室内吸烟。

(7)住院病员不得随意外出或在院外住宿。如有特殊情况须经医生批准后,方可离开。

(8)住院病员应爱护公物,如有损坏须按价赔偿。

7.医疗护理文件书写制度

(1)一律用钢笔书写医疗护理文件,做到字迹清楚,简明扼要,准确及时,书写完整后应签全名,注明时间,不得涂改。

(2)门诊病历(门诊手册)由挂号员填写一般项目,医生书写主诉、重点病史、体检、初步诊断和处理意见。

(3)病人入院后 24 小时内,经治医生应写出住院病历。对急重病人入院,要及时写出急诊记录。待情况允许时再完成病历。病人出院后二天内,应将病历整理总结好归档。

(4)凡有药物过敏史者,要在病历首页显著位置注明药物名称。

(5)病情记录要如实反映病情变化的全过程。第一次病情记录应在 6~8 小时内完成。危重疑难病情应随时记录,一般病人 3~5 天综合记录一次。手术及会诊病人作专题记录。住院半个月应做病情小结;出院病人的出院小结要在病人出院前完成。死亡记录当日完成;当班护士下班前应书写好危重、术后、产后、新入院病人的护理记录。

(6)各种申请单、检验及放射科报告、疾病诊断证明书等,均应按表格要求逐项填写。体温、脉搏、呼吸、血压等项目的填写应准确,并符合表格要求。

8.处方及医嘱制度

(1)医生的处方权由本院医务组提出,经院领导批准后,报市、县卫生局备案,并在药房签字留样,方可开处方。医生不得为自己开处方。

(2)处方及医嘱应用中文或拉丁文书写,字迹清楚,内容完整,用药、剂量及用法准确合理,如需要更改或撤销时,应用红笔填写“取消”字样。并签上全名。

(3)处方药量一般以 3 日为宜,7 日为限。慢性病或特殊情况,可适当增加。开处方的医生,必须在处方上签全名。麻醉药品的处方,按麻醉药品管理条例执行。

(4)处方及医嘱上的药品数量一律用阿拉伯数码书写。药品用量单位以克、毫克、毫升、国际单位计算;片、丸、胶囊剂以片、丸、粒为单位;注射剂以支、瓶为单位,并注明含量。

(5)紧急执行的处方或医嘱应标明“急”字,有关人员应尽快执行。

(6)药剂、护理人员不得修改处方或医嘱。如处方或医嘱有错误应通知医生更改后执行。执行处方或医嘱的人员要签全名。

(7)对入院病员,一般医嘱应在 2 小时内开出,特殊医嘱应向护士交待清楚。

(8)一般情况下,不要使用口头医嘱;抢救或手术中医生可下达口头医嘱,护士要复诵一遍,准确无误方可执行,医生要及时补记医嘱。

(9)病员手术和孕妇分娩后,要停止术前和产前医嘱,用红线封上,重新下达医嘱。

(10)护士按分班查对医嘱,凡需要下一班执行的临时医嘱,要交接清楚。并在护士值班记录上注明,护士长每周组织护士进行一次总查对。

(11)医生不在或因工作不能脱身时,护士可临时对症处理,做好记录,并向经治医生报告。

(12)药剂师(士)有权监督医生科学用药、合理用药;对违反规定、乱开处方或医嘱,滥用药品情况,药剂、护理人员有权拒绝调配和执行医嘱。

(13)处方由药房保管备查,一般处方保管一年,麻醉药品处方保管三年。到期报院领导注销。

9.查房制度

(1)院长或副院长至少每周查房一次,主要检查和解决医疗、护理和行政管理上存在的问题以及各项规章制度的执行情况,并征求病员意见,及时研究解决,不断改进工作。

(2)病房主治(负责)医师每周查房2~3次,查房重点是危重病人、疑难病例及解决特殊治疗,检查医疗护理质量,听取医护人员对改进医护工作的意见。

(3)护士长(负责人)组织护理人员每周进行一次护理查房,主要检查护理质量,研究解决存在的问题。

(4)住院医师除每天一次正式查房外,必须经常深入病房了解病人情况,认真听取病人主诉,进行详细检查,系统分析,有计划地给予合理治疗;对危重病员,应严密观察病情变化,及时处理,上级医生查房时,住院医师应做好查房前各项准备工作,如病历、各项检查报告等。并报告简要病历和提出所要解决的问题。

(5)上级医生查房意见和集体查房讨论意见由住院医师随时记入病历。

10.会诊、转科、转院制度

(1)凡遇疑难病例,应及时申请会诊。

(2)科间会诊:由经治医生提出,负责医生同意,即可邀请其它科医生会诊。

(3)急会诊:被邀请人员,必须随请随到。

(4)院内会诊:由科负责医生提出,经医务组长或院长同意并负责确定会诊时间,通知有关人员参加。

(5)会诊时,经治医生要详细介绍病历,做好会诊前的准备,会诊中,要发扬技术民主,明确提出会诊意见,做好会诊记录,主持人要进行会诊小结。

(6)院外会诊:经科室负责人书写好病历摘要,报医务组联系安排。

(7)外出会诊由医务组统一安排,并指定有经验的医生前往会诊。

(8)转科病员,经会诊医生同意转科后,原科室经治医生应写好转科记录,并办好转科手续,接管科室应尽快安排床位,接管医生应及时记录病情,开好医嘱。

(9)需转送上级医院治疗的病员,必须报医务组同意。

11.病案及死亡病例讨论制度

(1)凡遇疑难病例,由经治医生提出,负责医生主持,有关人员参加,认真讨论,尽早明确诊断,提出治疗方案。

(2)凡死亡病例,均应在死亡一周内进行死亡病例讨论;讨论结果应记入病历。

(3)凡对提高医疗、护理、教学质量有意义的典型病例,由医务组负责组织全院性讨论。

12.死亡病员料理及报告制度

(1)经医生检查证实死亡的伤病员,应立即通知死者单位或家属,然后方可进行尸体料理。

(2)需有两人到场检查死者有无遗物,如钱、票证、衣物等,交给家属或单位,如

家属或单位人员不在时，应由护士长保存。

(3)按尸体料理常规处置后，尸体送太平间。需行尸体解剖的病例，应征得家属或单位同意并签具手续。如属法律、纠纷的尸解，还应有公安、司法部门参加。

(4)整理病室、撤走床单、被褥等物，按常规消毒。如系传染病员，应按传染病消毒制度处理。

(5)整理病历，完成死亡记录、护理记录。

(6)由负责医生填写死亡报告单，随同病历于病员死亡一周内送医务组，经院领导审查后，交病案管理人员归档。

13.查对制度

(1)临床科室：

①使用药品前，严格执行三查、七对、二注意。

三查：查药品剂量、标签、有效期；

七对：对床号、姓名、药品、浓度、剂量、时间、用法；

二注意：给药前注意询问有无过敏史；用药后注意观察反应。

②发药时应向伤病员交代清楚，如病人提出疑问，应重新查对一次。

③使用毒、麻、限剧药时，要经过反复核对；给多种药物时，要注意配伍禁忌。

④每天查房后，长期与临时医嘱转抄完应予查对，方可执行。值班护士接班时查对上一班执行情况，护士长每周全面查对一次。

⑤取血、输血时，须查对姓名、血型、质量、日期，准确无误后方可输入。

(2)药房：

①配方时应严格执行三查、四对。

三查：查药品配方、用法、禁忌；

四对：对药名、剂量、含量、用途。

②发药时应七对一交待。

七对：对姓名、性别、年龄、药名、剂量、用法、日期；

一交待：交代用法及注意事项。

(3)检验室：严格执行三对、四查、一注意。

三对：收集标本时对病室、床号、姓名；

四查：检验后查姓名、检验目的、结果、怀疑项目；

一注意：收集标本时注意是否符合要求。

(4)放射科：严格执行五查二对一注意。

五查：查科别、姓名、年龄、性别、检查目的；

二对：对部位、片号；

一注意：注意造影剂过敏反应。

(5)供应室：严格执行二查二对。

二查：准备治疗包时，查卡片、器械数量；

二对：发治疗包时，对名称、消毒日期。

(6)手术室：严格执行五查三数一注意。

五查：查床号、姓名、疾病、部位、过敏试验；

三数：缝合前数纱布块、缝针、器械；

一注意：使用麻醉药品时应注意查明药名、浓度、剂量、使用方法。

(7)心电图等医技科室检查时，要查对科别、姓名、年龄、性别、部位、检查目的。

14.值班交接班制度

(1)各类值班人员必须坚守岗位，履行职责，保证医疗、护理、行政、后勤等工作不间断地进行。

(2)各类值班人员应密切配合，互相协作，共同做好值班各项工作。

(3)行政值班制度：

①由院领导、行政组长(负责人)以及能够参加值班的其它行政干部轮值。负责处理非办公时间的日常工作。

②及时转达处理上级机关的指示和紧急通知，承接交办事项。

③做好安全保卫工作，检查各科、室值班情况，处理临时发生的紧急事务。

(4)医生值班制度：

①医生值班实行岗位责任制，负责当班时间的诊疗抢救病人工作。

②值班医生接班后应巡视所管病人一次，对新入院病人应做好检查处理，书写新入院病历或首次病情记录。

③严格执行交接班。下班前应向接班人交代新入院、危重、术后、产后病人的扼要病情、重要变化、医嘱处理以及其它必要交代的问题，完成特殊的处理记录。

(5)护士值班制度：

①负责本班规定的护理工作，对危重、术后、新入院病人要密切观察，发现病情恶化要及时对症处理并报告医生。

②按时完成当班的治疗、护理任务。下班前应向接班人交代病人总数、出入院人数、死亡、转科、转院人数、重要病情变化和處理情况；对危重、术后、产后和婴儿要重点交代。必要时还要进行床边交班；对输血、补液病人应交代病情和输入情况(包括补液、输血总量、已输入量、未输入量，液体中加入药物的名称、剂量并在输液瓶上明确标记)，同时交代急救器械，毒、剧、麻药品的使用、保管和补充情况，写好护理记录，做完本班应做的工作。

(6)医技科室及总务后勤值班制度：

①负责非办公时间及假日的紧急检查、化验和药品器械供应工作。

②负责本班完成的日常工作，如炊事、车辆、水电等正常供应。

③积极配合抢救和做好必要的物品供应。

(7)各类值班人员遇到重大问题，要及时向院领导请示报告，并详细记录值班日志。

15.护理制度

(1)新入院病员每天测体温、脉搏、呼吸三次。连续三天体温在摄氏 37.5 度以上及危重病员应每隔 4 小时测一次(七岁以下小儿免测血压)，其它按常规和医嘱执行。

(2)病员入院后，由医生根据病情决定护理等级，下达医嘱分为一、二、三级护理及特别护理。统称为三级护理制度。

①一级护理：凡属危重、高热、昏迷、休克、心力衰竭和各种原因所致的急性出

血、严重创伤，大手术后，精神分裂患者等。此类病者床头卡及病人一览表，应以红色标记。护理主要内容是：患者一切生活应由工作人员料理；保持病床整洁，做好皮肤护理，定期翻身、擦背防褥疮；根据病情需要，随时检查病人体温、脉搏、呼吸、血压等，如有异常变化及时向医生报告，每班应作病情记录，交班时应重点床头交班等。

②二级护理：凡危险期已过，但仍要卧床休息，暂不宜过多活动以及年老体弱的伤病员等。此类病者床头卡及病人一览表应以绿色标记。护理主要内容是：生活上给予必要的协助；鼓励和协助病人在床上或室内做适当的活动；做好晨、晚间护理等。

③三级护理：凡经治疗或手术逐渐恢复健康以及病情较轻的患者。此类病者床头卡及病人一览表应以白色标记。护理内容是：病人一切生活自己料理，在护士指导下使自己的病床整齐清洁；组织病员根据病情适当参加室外活动和锻炼；鼓励病人发扬互相照顾，助人为乐的精神，并适当参加病区一些卫生工作管理。

(3)特别护理对象：病情危重，需要随时进行抢救的病员，应派专人昼夜守护。严密观察病情变化，制订护理计划，预防并发症，及时准确地填写特护记录。

16.消毒隔离制度

(1)医务人员工作时要着装整齐、清洁。诊疗工作前后均要洗手。

(2)技术操作要严格执行无菌操作规程。

(3)处置室、注射室、手术室、制剂室及门诊、病房要定期消毒，必要时随时消毒。

(4)无菌器械、容器、器械盘、敷料罐、持物钳等要定期消毒。消毒液应定期更换。体温计用后，应用消毒液浸泡。

(5)餐具用后要消毒。病员被服要定期更换和消毒。

(6)传染病人入院应按常规进行隔离，疑似传染病患者，应做隔离观察处置，尽快作出诊断。

(7)传染病人的排泄物和用过的物品，要及时消毒和处理。

17.手术制度

(1)需要手术的病人，应做好手术前各项准备工作，并须征得家属或本人签字同意(计划生育手术例外)。

(2)复杂手术均需进行术前讨论，并请示院长批准后方可施行。

(3)手术病员应穿病员衣服。

(4)参加手术人员按时进入手术室，按规定步骤洗手，严格执行无菌操作规程。手术时应固定巡回护士，负责台下供应工作。

(5)手术时，如患者突然发生意外，要立即报告院长，并积极组织抢救。

(6)缝合前，术者要仔细检查有关器官，有无出血点和异物残留；严格执行查对制度，杜绝差错事故发生。

(7)手术完毕，待病情允许，方可送回病房。手术者要向病房值班人员交待注意事项。

18.差错事故登记报告制度

(1)各科室均应建立差错事故登记簿。对所发生的差错事故应逐项登记，定期讨论，总结教训。

(2)发生事故后，应立即向院长报告，并积极处理。医疗事故要立即采取补救措施。

(3)对已发生的医疗事故应按各省、市、自治区制定的《关于预防和处理医疗事故的暂行规定》进行严肃处理。

19.医疗登记统计制度

(1)各项防病治病、医疗登记，要完整准确，字迹清楚，并妥善保管。

(2)病房要填好病志首页、住院卡片、入出院登记和病人流动日报表；门诊各科要填写好医生工作日志及疾病动态登记；医技科室要做好各自工作数量和质量登记。

(3)统计员应每月汇总各科(室)各项统计数据。做好信息储存和显示工作。

(4)统计员应每周到各科(室)检查督促各科室做好登记、统计工作，按上级规定时间完成统计报表，经院领导审阅后，按时上报市、县(区)卫生局。

(5)统计员应按规定做好病案管理工作。

20.注射(处置)室工作制度

(1)凡注射(处置)应按处方(处置票)或医嘱执行。对过敏的药物，必须按规定做好注射前的过敏试验，注射后 30 分钟病人方可离开门诊。

(2)做好处置前的各项准备工作，敷料、器械、手术包要严格消毒，备齐待用。

(3)严格执行查对制度，注射(处置)时要细致、准确，对病人要热情、体贴。不要让病员站着进行注射或处置。

(4)严密观察注射后的情况，发生注射反应或意外要立即报告领导，并及时进行处置。

(5)严格执行无菌操作规程，操作时应戴口罩、帽子。器械应定期消毒和更换，保证消毒液的有效浓度。注射应做到一人一针一管一用一消毒。

(6)备好抢救药品和器械，放于固定位置，定期检查。及时补充更换。

(7)经常保持清洁卫生，室内每周要消毒一次。

21.检验室工作制度

(1)检验单由医生逐项填写，字迹清楚，目的明确。急诊要注明“急”字。

(2)收取标本应严格执行查对制度。标本不符合要求，应重新采取。

(3)要认真核对检验结果。填写检验报告单，作好登记，签名后发出报告。

(4)特殊标本发出报告后应保留 24 小时。一般标本检验后应立即妥善消毒处理。

(5)为保证检验质量，应定期检查试剂和校对仪器的灵敏度。

(6)腐蚀性、剧毒性药品及贵重仪器应指定专人严加保管。

(7)积极配合医疗、科研开展新的检验项目和技术革新，努力提高临床检验质量标准。

22.放射科工作制度

(1)各项放射线检查。要经临床医生详细填写申请单。急诊病人随到随检。

(2)重危病人检查时，须有经治医生带急救药品陪同检查。

(3)放射线诊断要密切结合临床，写出描述准确的诊断报告，签名后发出。

(4)透视、照片要分别采取统一编号和登记，并妥善保管。

(5)放射线机要定期保养、检修。

(6)严格遵守操作规程。做好防护工作。注意用电安全，严防事故发生。

23.心电图、超声波诊断室工作制度

(1)需检查的病人，由临床医生填写申请单，急诊病人可随时检查；危重病人应由

医护人员护送或到床头检查。

(2)检查前要详阅申请单,了解一般病情,做好检查前准备工作。

(3)及时准确报告检查结果,遇疑难问题应与临床医生联系,共同研究解决。

(4)严格执行仪器的技术操作规程。注意用电安全。定期保养、维修,并经常校对仪器机械性能和灵敏度,以保证检查、诊断的质量。

(5)各项报告应结合临床,书写清晰。术语及结果正确,并建立检查登记簿,做好检查记录和保管工作。

24.供应室工作制度

(1)及时供应各科室诊疗器材、敷料,并保证绝对无菌,按制度下发回收。各科用过的器械,如有血及脓性分泌物应冲洗后回收。传染病人用过的器械应初步冲洗消毒后送回。

(2)各种器材、敷料的洗涤、包装和消毒,应严格执行技术操作规程。污染物品和消毒物品不得混放。发现可疑时应重新消毒。

(3)各种治疗包均应注明名称、消毒日期,并签名。凡消毒物品超过3天,需重新消毒。

(4)做好物品管理。发出的包布、注射器、各种治疗包等,均应专物专用,如有损坏应填写报告单,经审批后连同报废物交供应室作报废依据。

(5)对所有物品、器械应定期检查保养,坚持修旧利废。

25.手术室工作制度

(1)一般手术应于手术前一天将手术通知单送到手术室。急诊手术可随时通知进行手术。

(2)手术室护士接到手术通知单后,应按要求迅速做好一切准备。

(3)进入手术室的工作人员与参观者,必须换上手术室专用衣、帽、鞋、口罩等。

(4)无菌手术和有菌手术应分室进行,如不具备条件,应先做无菌手术,后做有菌手术。

(5)建立常用手术器械卡片,准备手术器械时按卡片进行查对。同时检查器械性能,保证适用。手术包必须根据消毒日期标定有效日期。

(6)污染的器械和敷料,应及时进行消毒处理,特殊感染需进行特殊处理。

(7)保持手术室的整洁、卫生,每周封闭一次,进行空气消毒。术前紫外线照射30分钟。经常备好各类急症手术包和急救器材,每日清点,定期消毒和更换。

(8)各种药品、器材均应放在固定位置,用后放回原处,定期清点、擦拭和维修。毒、麻、限剧药品应有明显标志。

(9)做好手术登记,并按规定及时上报。

26.分娩室工作制度

(1)分娩室应有专人负责,实行科学接生。工作人员进入分娩室,必须戴帽子、口罩、换鞋和穿工作服。接产和手术时,应严格执行无菌操作规程。

(2)分娩室应设有产程中所必须的用品、药品和急救设备,做到专人保管,定期检查、补充和更换。

(3)分娩室应保持清洁无菌。定期进行消毒。

(4)值班人员应热情接待产妇，严密观察产程。产妇在待产和分娩过程中，如有异常情况值班人员不能处理时，应及时报告负责人或院领导。

(5)接产后，接产人员应及时、准确填写分娩记录和出生证。

(6)产妇在产后留分娩室观察一小时，无特殊情况后始送回病房。

27.药库工作制度

(1)药品、器材的采购，必须根据本院业务工作范围、各科请领计划、储备情况和财力条件，以销定存，有计划地进行购置，防止积压。

(2)购入药品、器材必须验收入库，按进货发票及时入帐，做到帐物相符。如发现实物与发票的数量、规格、质量不符，应查明原因，及时更正或退换。

(3)按药品、器材的性质分类保管，做到数量清楚，陈列整齐，定期清点。并注意温度、湿度、通风、光线和有效期等要求，防止药品过期失效、虫蛀、霉坏变质，器材生锈等。过期药品未经药检部门检查鉴定，不准使用。

(4)药品、器材保管应实行卡片制，必须凭原始单据入库，凭请领出库单出库，并登记帐、卡，保持物、帐、卡相符。不准凭处方和白条发放药品、器材。

28.调剂室工作制度

(1)调配处方时要严格执行查对制度和按照处方制度的规定执行。药品不准挂方，不准私自留用。

(2)配方时应细心谨慎。遵守调配技术操作常规，称量准确，不得估量取药，调配西药方时禁止用手直接接触药物。

(3)遇有药品用量用法不妥或有禁忌处方等错误时，由配方人员与医生联系更正后再行调配。

(4)调配含有毒、麻、限剧药物处方，应按“毒、麻、限剧药管理规定”办理。

(5)中药方剂需先煎、后下、冲服等特殊药物，必须单包注明。对需临时炮制的中药材，应切实按照医疗要求进行加工炮制，以保证中药的质量。

(6)发出的方剂，应将服用方法详细写在瓶签或药袋上。凡乳剂、混悬剂及产生沉淀的液体方剂，必须注明“服前摇匀”。外用药应注明“用药摇匀”及“不可内服”等字样。

(7)急诊处方必须随到随配，其余按先后次序配发。

(8)补充药品时，必须细心核对。每月应盘点一次，做到帐物相符。药品应认真执行“金额管理，数量统计，实耗实销”的管理办法。

(9)原则上每月向科室小药柜发药一次，按消耗数字发给，部分缺药原则上每星期发药一次(急救用药例外)。药房每月发药前应到科室检查了解小药柜的药品使用情况，清理或调整积压药品。

(10)应经常保持室内清洁卫生。药品应按固定地点放置，用具使用后应立即洗刷干净，放回原处；病人用过的药水瓶回收后，应消毒处理后才能继续使用。

29.制剂室工作制度

(1)必须具有制备制剂的必要设备，配制注射剂应具备无菌操作的设备条件。

(2)必须严格执行制剂操作规程。配制前应认真填写制剂单，核对药品、名称、规格、质量和用量，配完后要在制剂单上签名。

(3)保证质量：

① 配制制剂所用的原料、溶媒及附加剂的质量要符合中国药典规定标准。中草药制剂的原材料和品种要经过严格筛选和必要的炮制，要无毒、无害、安全有效。化学试剂、工业原料不得作制剂原料和附加剂；

② 称料前要细心检查天秤的灵敏度、砝码及容器的准确度，细心称量；

③ 所生产的制剂，必须经过严格灭菌消毒。新制产品要报上级主管部门和药检所检查鉴定，制备的制剂应进行检验，大输液必须进行热原试验，并做好记录。不符合质量要求的制剂不得使用。

④ 配制无菌制剂应在无菌操作室或无菌操作柜内操作。

(4) 积极开展中草药制剂的配制和研究工作，经常与临床科室联系，了解产品使用情况、观察效果、总结经验。

(5) 制剂室要保持清洁卫生，定期进行消毒。制剂人员工作时必须穿工作服、戴工作帽和口罩。洗手消毒。

(6) 非制剂人员不得随便进入制剂室。

30. 科室小药柜管理制度

(1) 根据需要设置小药柜，配备常用药物，指定一名专(兼)职管理人员。

(2) 小药柜的药物，由科室与药房协商定出种类，配备定额药物，以后每月订出计划，向药房领取应用。

(3) 毒、麻、限剧药要专柜加锁存放，凭专用处方销、存。

(4) 药房应指定专人定期到科室协同药柜管理人员对药品进行清点检查。发现有变坏的应退回，有超出定额的药品应将超出部分收回。

(5) 大型输液的液体按用量到制剂室领取。

31. 毒、麻、限剧药品管理制度

(1) 毒、麻、限剧药品必须指定专人负责，专柜加锁保管。领药时应有专用领药登记簿和专用处方。交接班时应按数点清。

(2) 调配时，称量要细心、准确。禁止用药勺、滴瓶估量，用具用完后及时清洗干净。

(3) 配发毒、麻、限剧药时，必须凭医师签发的正式麻醉处方。一次处方总量，麻醉药不得超过一次极量；毒药不得超过一日极量，限剧药和中药毒、麻药不得超过二日极量。每次量不得超过常用剂量。超量使用时，必须由处方医师另行签名或盖章。毒药不得配成混悬液。限剧药配成混悬液时，必须在投药瓶签上注明“服前摇匀”。发出时再行口头交代。毒、麻药品的针剂只限在本院就诊时使用。

(4) 毒、麻药品要做到日清月结，逐日消耗，逐个登记。

(5) 坚持原则。对一切不符合麻醉药品管理的处方，一律拒投。

(6) 毒、麻药处方单独保管三年备查。

(7) 负责毒、麻、限剧药品的保管人员调动时，需办清交接手续方可调离。若有数量差错，必须认真查清，根据情况给予妥善处理。

32. 家庭病床工作制度

(1) 制定入、出床标准，建立家庭病床登记簿，经家庭病床医生同意，填写入床通知单和家庭病床卡。

(2) 对家庭病床病人必须建立正规病历，病人停床、转院或死亡，要及时总结，整

理病历归档。

(3)根据病情需要和查床计划确定查床次数，家庭病床医生每周查床不应少于二次，针灸、理疗每周不少于三次，危重病人每日查床一次。医疗组长每两周重点查床一次，业务院长每月应检查一次家庭病床工作。

(4)家庭病床护理人员要认真执行医嘱及查对制度，遵守各项技术操作规程，作好护理记录，要向家属交待注意事项和出现问题的处理方法，对传染病患者要指导家属做好隔离消毒工作。

33.卫生防疫工作制度

(1)严格执行国家卫生法规和疫情报告制度。发现甲类传染病应立即向县卫生防疫站报告，报告时间不得超过12小时。乙类传染病不得超过24小时。做到准确、及时，不漏报，不错报。

(2)建立传染病分类登记统计制度，卫生防疫人员要每二周检查一次门诊、病房和村卫生室(站)执行传染病分类登记统计情况，及时、准确掌握疫情动态，搞好卫生防疫工作。

(3)卫生防疫人员要每月到农村一次，检查指导村卫生室(站)防疫工作情况，积极开展以除害灭病为中心，“两管五改”为重点的农村爱国卫生运动。

(4)每季度组织一次检查集市(城镇)饮服行业卫生情况和监督执行《食品卫生法》。

(5)控制首发传染病例。甲类传染病应就地隔离，就地治疗，配合县卫生防疫站做好疫区消毒，防止蔓延。

(6)采取综合性措施，搞好地方病的防治工作。

(7)有计划有目的地开展人群计划免疫工作，增强人群免疫能力。

(8)要利用各种形式，宣传普及卫生防病和保健知识。

34.妇幼保健工作制度

(1)卫生院的妇幼保健组，要负责当地和农村的妇幼保健、计划生育技术指导工作。

(2)普及科学接生、科学育婴的知识，坚持定期培训提高女乡村医生和接生员的专业技术水平的制度。

(3)有计划地查治妇女常见病、多发病，开展妇女围产期保健工作，认真保护广大妇女的身体健康。

(4)宣传妇幼卫生知识，做好妇女四期(经、孕、产、哺)劳动保护工作。

(5)掌握管辖范围内新生儿、体弱儿的健康情况。定期开展儿童发育健康检查。有计划地对儿童常见病进行防治。做好托幼的业务技术指导和儿童保健工作。

35.中心卫生院对一般卫生院业务指导制度

(1)农村中心卫生院对地段范围内的农村卫生院负有技术指导责任。在制定全年工作计划时，应把周围卫生院的技术指导工作列为重要内容，以周围卫生院的防病治病质量来衡量，评价技术指导成效。

(2)应认真接待周围卫生院的转诊病人，及时诊断和提出治疗方案。

(3)遇有紧急会诊或危重症病人，应随时派人前往会诊和抢救。

(4)在地段范围内发生传染病流行时，应由中心卫生院牵头，采取联合防治的措施，迅速控制传染病的流行。

(5)有条件的中心卫生院，每季度给周围卫生院讲课一次，接受地段内卫生院的卫生技术人员进修学习。

36.院领导深入科室及村卫生室制度

(1)卫生院领导要每周到科室查房一次，定期到村卫生室了解情况和检查工作，发现问题，及时解决，实行面对面领导。

(2)深入科室、村卫生室。重点抓好政治思想、防病治病质量、后勤保障以及服务质量，服务态度。听取病员、居民群众和医务人员的意见，提出改进工作的措施和意见。

(3)每月要深入村卫生室一次，调查研究，总结经验，抓好典型，以点带面。

(4)院领导要参加部分医疗实践，使自己不脱离业务技术工作，非业务人员的院长，要学习业务知识，掌握卫生院的情况和规律，不得安于当外行。

37.会议制度

(1)院办公会：每半月一次，由院长主持，副院长及各部门负责人参加。研究解决全院的重大问题，总结、检查、布置各项工作。

(2)科室周会：每周一次。全科室人员参加，由科室负责人主持，小结上周工作，布置本周工作。

(3)民主讲评会，每月一次，分科室举行。检查各项工作制度和人员职责的执行情况，开展批评与自我批评，总结、评奖和布置工作。

(4)职工大会：每季召开一次，总结布置全院的各项工作。

(5)乡村医生例会：每月一次，由分管的院领导主持，防疫、妇幼组长和全体乡村医生参加，传达上级指示精神，总结汇报安排工作和学习政治与业务，时间1~3天。

38.学习制度

(1)卫生院要组织职工在职的文化科学技术知识为主的业务学习。不断提高技术水平和业务素质。

(2)定期组织政治理论和时事常识学习，不断提高职工的社会主义觉悟，增强共产主义信念。

(3)政治与业务学习，要有一名主要领导分管，要坚持以自学为主，讲究实效，做到科室、个人有规划，定期检查，并要有计划地举办在职人员短期或业余学习班。

(4)每月组织1~2次全院医务人员专题学习和讨论。

(5)每半年进行一次业务技术考核，成绩存入技术档案，作为评奖、晋级、调工资的依据之一。

39.考勤制度

(1)职工必须严格执行岗位责任制，按时上下班，不迟到，不早退，不缺勤，在工作时间除特殊情况外，不会客、不做与工作无关的事情。

(2)各科(组)设立考勤表(册)。由科(组)指定人员如实登记本科(组)人员出勤、事假、病假、公休情况，月终统计上报院部，汇总后公布于众。

(3)请事假一天由科(组)负责人批准，两天以上由院领导批准。

(4)对擅自离职不上班者，或超假又无补假手续者，按天扣发工资。超过一个月的，按自动离职处理。

(5)职工病假，应有医生开具病假证明，两天内由科(组)负责人批准，三天以上由院

领导审批。职工病假按天扣除奖金。

(6)职工因病在本院无法诊治，须到上级医院诊治者，凭有关医生证明，经院领导同意才能外出诊治(公差、外地休假期间例外)，否则不予报销，所开病假证明亦无效。

(7)职工休假原则上每周轮休一天。个人休假，由科(组)负责人根据工作安排，不得私自更改。假期原则上当月轮休完毕。因工作关系安排不了休假的可由领导研究另行解决。

(8)休假期间患病，不用另补病假。一周累计事假时间超过四天者，不再给本周例假。

(9)女职工产后开始到一年后应参加轮值夜班。

40.奖惩制度

(1)根据出勤、工作效率和质量、执行各项规章制度、服务质量等情况每半年或一年评选一次先进集体、先进个人，上光荣榜，给予荣誉和物质奖励。

(2)因工作失职，违反操作规程造成损失，根据情节轻重，本人一贯表现，给予批评教育、经济罚款或行政处分。

(3)凡是使用过久或在抢救病人中损坏的器械，经有关人员证实可免于赔偿。但要填写报告单，作报废处理。

(4)遇有较大批财物遗失或霉烂，药品失效、虫蛀，除及时向院长报告外，应查明原因，追究责任。

41.财务工作制度

(1)必须坚持艰苦奋斗、勤俭办院的方针，正确贯彻执行各项财经和物价政策，加强财务监督。严格遵守财经纪律。不准坐支，不准透支、不准挥霍浪费，请客送礼，搞不正之风。

(2)根据事业发展情况，编制年度和季度的财务计划。按规定报送会计季报和年报。

(3)凡在外采购的一切物品、药品、器械等，均应取得合法的原始凭证。一切空白纸条，不能作为凭证核销。出差或因公借支，须经院领导批准，完成任务后三日内应办理结帐报销手续。

(4)会计人员要及时清理债权债务、防止拖欠，控制除帐。

(5)每日收入的现金要当日存入银行，库存现金不得超过银行规定数。

(6)原始凭证，工资清册。帐务决算资料，按财政部门规定办理。并要妥善保管。

(7)积极配合各科室搞好科室核算和经济管理工作。在增加工作数量，提高工作效率和质量的基础上力争年年增收节支，增加积累。卫生院要定期对固定资产、药品、器械等公共财产进行清产核资的检查并造册，半年进行一次清仓工作，防止浪费和积压物资。

(8)监督药房(库)执行“金额管理，数量统计，实耗实销。”的管理制度。

(9)加强公费医疗的管理，严格执行有关公费医疗的规定。

(10)行政经费不准借用，特殊情况经院长批准，借支不超过本人月工资，当月开支时扣回。

(11)各种发票统一印刷，并由专人管理，领用时由管理人员按号码登记，交领用人签领，使用后要做好核销手续。

42.被服管理制度

(1)各科室被服，应设立基数，每年度清点一次，由有关负责人参加。

(2)指定专人保管、领发被服。护士长(组长)应定期对被服保管工作进行检查。

(3)凡入院病人,由当班护士负责作好病员用物登记,待出院时由当班护士进行清查用物。核对后方许离开病房。

(4)出洗被服时由洗衣人员与值班人员进行清点,双方在出洗簿上签名,交回干净被服时,在出洗簿上注销。

(5)卫生院被服原则上不借给个人,如确因特殊需要,要经院领导批准,方能借出,并应收回折旧费。

43.仪器设备管理制度

(1)仪器设备均由后勤组和药房统一采购、调入、供应、管理,做到物尽其用。

(2)所有仪器设备都要严格入库、请领手续、建立帐目,做到帐物相符。

(3)各科室要指定专人负责器械,材料等的请领和保养;定期做好检查、维修、保养工作;千元以上仪器设备要建立档案。

(4)使用仪器要严格遵守规程,不熟悉仪器性能,没有掌握操作规程者不能掌握使用。

(5)各种仪器设备破损报废,要办理报损、报废手续,并搞好修理。

44.食堂管理制度

(1)积极为患者和职工服务,做到饭菜多样化,提高烹调技术,降低成本。

(2)由行政后勤和有关科室各选派一人组成膳食管理小组,负责定期审查伙食帐目和研究改进病人、职工膳食工作。

(3)各种票证和实物,要严格管理手续,妥善保管,定期清理。上月帐目,每月十号前由膳食小组审核公布。

(4)采购人员买回肉食、菜类,伙房必须进行验收,并在单据上签名。

(5)经常保持室内外卫生,严格执行《食品卫生法》。

45.救护车管理制度

(1)救护车原则上只限于急救病人时使用,由急诊室或医务组通知开车(接送会诊、转院亦由医务组通知)。

(2)特殊用途如外出参观、载送货物、接送下乡人员等须经院领导批准,凭医务组通知开车,并要把救护车的去向和时间告知急诊室。其它一律不得随便动用。

(3)值班司机应坚守工作岗位。凡急救病人,接通知后5分钟内开车,因事暂时离开应向急诊室或医务组人员说明去向和时间。

(4)救护车必须随时检修、保养,使车辆经常保持正常状态,以保证救护工作顺利进行。

(5)经常对司机进行安全行车教育。司机要做到三勤(勤检查、保养、修理)四慢(入街慢、转弯慢、过桥慢、会车慢),防止交通事故发生。

46.洗衣房工作制度

(1)严格遵守操作规程和隔离消毒制度,防止交叉感染。

(2)严格交接手续。发现差错及时处理。

(3)被服、白大衣等破损时经修补后方能发出。

(4)机器、被服要有专人保管,防止霉烂、遗失、差错,认真做好机器维修、保养工作。

47.安全保卫制度

(1)加强治安保卫工作，维护卫生院工作的正常秩序。院领导应经常对职工、病人进行教育。提高警惕，发动群众做好防火、防盗、防毒工作。

(2)加强对易燃、易爆物品的管理，严格执行储存、保管、领发制度，专人管理，定期检查。

(3)加强食堂管理，搞好饮食卫生，做好三防一消毒(防尘、防蝇、防毒。食具消毒)。

(4)教育职工、家属要安全用电，节约用电。

(5)严格执行户口管理条例，留宿人员应按规定办理登记手续。

二、农村卫生院人员职责

1.农村卫生人员守则

(1)热爱祖国，热爱共产党，热爱社会主义，热爱人民，热爱本职工作，遵纪守法，廉洁奉公，自觉抵制不正之风。

(2)坚持学习马列主义、毛泽东思想，刻苦钻研业务技术，努力做到又红又专。

(3)发扬救死扶伤实行革命人道主义的精神，不断改善服务态度，提高医疗质量，全心全意为人民服务。

(4)坚守岗位，尽职尽责，严格执行规章制度和操作常规。

(5)关心集体，团结协作，艰苦奋斗，勤俭办医。

(6)从农村实际出发，改进工作方法，方便群众，有利生产。

(7)宣传卫生知识，破除迷信，移风易俗。

(8)带头讲究卫生，植树栽花，美化环境，保持清洁、安静。

2.总职责 根据《农村卫生人员守则》精神，制订卫生院工作人员总的职责如下：

(1)努力学习马列主义、毛泽东思想，认真执行党的路线、方针和政策，坚持四项基本原则，树立全心全意为人民服务的思想。不断改善服务态度，提高技术水平和医疗护理质量，保护人民健康，为“四化”建设贡献力量。

(2)以卫生院管理范围内的医疗卫生工作为中心。深入农村、厂矿、学校开展卫生宣传，防病治病。培训基层卫生人员。为健全农村医疗卫生网，改变农村卫生面貌，建设社会主义新农村，提高人民健康水平而积极工作。

(3)认真钻研业务，对技术精益求精。努力发掘祖国医药学宝库，搞好中西医结合。学习先进经验推广新技术、新疗法。

(4)认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故的发生。

(5)自力更生，艰苦奋斗，厉行节约，勤俭办院。

(6)积极开展爱国卫生运动和做好计划生育的技术指导工作。

(7)严格执行岗位责任制，力求以最高的工作效率、最优的质量指标，取得最好的医疗经济效益。

(8)坚持医疗原则，不滥用药，不开人情处方，不增加病人不合理的经济负担。

(9)持久地开展“五讲四美三热爱”活动，严格遵守《农村卫生人员守则》，搞好社会主义精神文明建设。

3.正副院长职责 一般卫生院设院长副院长1~2人,规模较大的中心卫生院可设2~3人。正副院长对下述职责进行分工,做到分工明确,相互配合,各负其责。

(1)认真贯彻执行党的方针政策和国家法令。负责和领导全院的业务和行政工作。

(2)领导制定各项工作计划,组织医疗、卫生防疫、妇幼保健、计划生育技术指导以及卫生院的财务和总务工作。

(3)负责组织检查临床、教学、干部培养和在职技术教育,搞好职工的政治、业务学习和乡村医生的培训工作。

(4)经常深入门诊、病房和村卫生室检查各项规章制度和技术操作规程的执行情况。分析各项工作指标的完成情况,并采取积极有效的措施,不断提高服务质量。

(5)负责组织本院的转诊、会诊、疫情报告和危重病人的抢救以及医疗差错事故的检查工作。

(6)负责对全院工作人员进行医德医风的教育,办理干部职工的任免、奖惩、调动、晋级晋职等工作。

(7)审查全院预算、财务收支和药品、物资供应计划,搞好经济管理。

(8)负责安排职工的生活福利,督促检查本院的治安保卫工作。

(9)负责督促检查全院的清洁卫生、美化绿化环境、改善院容院貌。

(10)及时研究处理人民群众对卫生工作的意见。

(11)中心卫生院的正副院长,还要负责对一般卫生院的业务指导工作。

4.办公室人员职责 规模较大的中心卫生院,可根据工作需要,设立办公室,其职责如下:

(1)在院长的领导下。负责本院的组织、人事、保卫、宣传、青年、妇女、民兵和计划生育等工作。

(2)贯彻知识分子政策。协助院领导做好人员的考核、鉴定等工作,向领导提供干部职工的培养、选拔、调配意见。

(3)经常了解和如实地反映干部职工的思想、学习和业务工作情况。及时解决各种思想问题,表扬先进。纠正各种不良倾向。

(4)协助院长做好退休、退职、招工、转正定级工作。以及文件收发、保管、信访、纪检和政策落实工作。

5.医疗组长(负责人)职责

(1)在正副院长领导下。负责具体组织实施全院的医疗、预防、教学、科研等业务工作。

(2)拟订有关业务计划,经院领导批准后,组织实施,经常检查督促,按时总结汇报。

(3)参加日常医疗工作。对危重病人及时组织抢救,主持和组织院内外会诊和病例讨论会。及时解决医疗中的疑难问题。

(4)督促检查各项医疗护理制度。医疗常规和技术操作规程的执行情况,严防医疗事故的发生,对医疗差错和事故,应在查清事实的基础上,及时组织医务人员讨论和上报,认真吸取教训。

(5)负责组织全院医务人员、进修实习人员的业务学习。采取各种方式有计划的培养提高医务人员的技术水平,并定期进行业务考核。

(6)认真执行党的中医政策，以及中西医结合工作。及时总结经验，定期制订学术交流计划，组织学术交流活动。

(7)负责组织医务人员参加出诊、巡回医疗。搞好除害灭病、卫生防疫、妇幼卫生、计划生育和卫生宣传工作。

(8)经常深入科室检查分析各项医疗质量指标完成情况。领导和督促医疗业务统计、显示工作，保证统计工作准确、及时上报。

(9)会同药政组长药房负责人配合工商、公安部门，加强对个体开业医和游医药贩的管理。

设正副医务组长的，可根据上述职责，分工负责各项工作。

6.卫生防疫组长(负责人)职责

(1)在正副院长领导下。负责具体实施卫生防疫工作计划，按期布置、检查、总结工作。定期分析卫生防疫工作形势。并向院领导和上级主管部门请示汇报工作。

(2)掌握疫情动态、研究发病规律。制订传染病、职业病和食物中毒等的防治措施，建立和健全疫情报告网。督促检查疫情报告制度执行情况。一旦疫情发生。要立即组织人力、配合县卫生防疫站执行疫点、疫区消毒。交通检疫、隔离治疗病人，施行必要的预防接种，迅速有效地就地扑灭疫情。

(3)负责组织防疫人员、医务人员进行卫生防疫工作和经常性卫生监督工作。努力完成上级卫生防疫部门布置的各项卫生防疫工作任务。

(4)负责对村卫生室(站)进行卫生防疫技术指导，提高防治疾病的技术水平。

(5)组织领导本组人员的政治、业务学习，及时总结交流经验，不断提高防疫人员的思想觉悟和技术水平。

(6)领导和督促有关人员及时做好卫生防疫、除害灭病等业务统计工作。

7.妇幼保健组长(负责人)职责

(1)在正副院长领导下负责具体实施妇幼保健、计划生育技术指导等项工作计划，按期布置、检查，总结工作，并向院领导和上级主管部门请示汇报。

(2)负责组织领导妇幼保健人员、农村接生员做好妇女、儿童的保健工作。普及科学接生、围产期保健和科学育儿；处理难产、防治妇女病和产妇、幼儿传染病等工作。

(3)参加临床实践。经常深入病房、产房、门诊、农村产院(接生站)，加强调查研究，及时发现问题，采取积极有效措施。不断提高妇幼保健工作的质量。

(4)带动组内人员做好计划生育技术指导和宣传教育工作，防止医疗差错事故的发生。

(5)负责组织领导妇产科门诊和病房工作。经常检查诊断、治疗、助产、护理工作质量。及时组织对难产、危重妇产科病人的会诊、抢救工作。

(6)检查督促各项工作制度的执行，落实各项医疗护理工作常规，组织本组人员、接生员、努力学习业务知识，不断提高技术水平。并定期组织业务考核。

(7)领导本组各项业务统计工作，并督促按期做出正确的业务报表。

8.药政组长(药房负责人)职责

(1)在正副院长领导下，负责具体实施本院的药政工作计划，并督促检查，按期总结向领导汇报。

(2)组织药品、器械的采购工作，审核采购调拨计划、预决算和制剂室的生产计划，报请领导审批后执行。

(3)参加日常工作。经常检查常备药物、毒、麻、限剧药品的管理、使用及统计工作；检查调配处方质量、药物调剂、中药材加工炮制等技术操作规程的执行情况，定期组织药物盘点，调济积压的药品、器械；会同财会人员检查本院、村卫生室(站)、个体开业医生的药价和收费标准。

(4)与医疗组密切联系，主动配合临床，征求医务人员用药意见，推荐新药物。

(5)配合当地工商、公安部门，加强对游医、药贩的管理。

(6)组织领导本组人员的政治、业务学习。

(7)领导药政业务统计工作，督促按期做出正确的业务报表。

9.后勤组长(负责人)职责

(1)在正副院长领导下，负责具体实施全院各项行政工作计划和工作制度，并经常督促检查执行情况，按期总结向院领导汇报。

(2)负责管理财务和总务后勤工作，做好经济管理，审核预、决算，检查财务收支、基建维修以及财产物资的管理工作。

(3)要经常深入医疗工作第一线，深入病房，积极主动配合临床做好物资供应工作，审批各科室的领物计划，保证医疗、预防、教学、科研的需要。

(4)组织领导行政工勤人员的政治与卫生业务知识学习，并定期进行考核。

(5)负责组织安排生产劳动，卫生清洁和干部家属的管理工作，搞好病人、职工生活。

(6)领导各项行政、财务统计工作。并督促按期做出正确的业务报表。

10.门诊主治医师(负责医生)职责

(1)在正副院长领导下，负责门诊医疗、预防、护理、教学和行政管理工作。

(2)组织制定门诊工作计划。经院领导批准后组织实施，并经常督促检查，定期总结汇报。

(3)负责组织、领导、检查门诊病人的诊治和急、危、疑难病人的会诊抢救工作。

(4)协调各科室关系，督促检查各项规章制度和医疗护理技术操作规程的执行情况，整顿门诊秩序，改进医疗作风。改善服务态度，不断提高医疗护理质量，严防差错事故的发生。

(5)负责门诊的会诊、转诊工作。

(6)负责督促检查门诊的诊疗工作。门诊病历、处方的书写质量。以及卫生宣传、清洁卫生、消毒隔离、疫情报告等工作。

(7)负责组织门诊人员的政治与业务学习，并定期进行业务考核。

(8)负责安排门诊值班及临时抽调院外工作的人员。

(9)担当一定的具体医疗工作和门诊的值班工作。

(10)领导门诊医疗统计、显示工作，并督促按期做出准确的统计报表。

11.病房主治医师(负责医生)职责

(1)在正副院长领导下，负责病房的医疗、教学、科研、病房管理及行政工作。

(2)制定病房工作计划，经院领导批准后组织实施，并经常组织检查，定期总结汇报。

(3)定期查房，督促检查医疗护理工作和各项规章制度、技术操作规程的执行情况。

(4)具体指导病房医生的医疗活动，主持病案讨论及会诊，检查批改下级医生的病历，决定病人出院。

(5)搞好中西医结合，积极开展新疗法、新技术，做好资料积累，及时总结经验。

(6)对危重病人及时组织会诊和抢救。

(7)确定医生值班及临时抽调做院外工作的人员。

(8)领导本科室的政治与业务学习，定期组织医务人员的业务考核。

(9)负责督促检查病房的卫生宣传、清洁卫生、消毒隔离和疫情报告工作。

(10)经常分析各项质量指标完成情况，并督促做好统计、显示工作。

12.家庭病床主治医师(负责医生)职责

(1)在正副院长领导下，全面负责家庭病床的管理工作，贯彻各项规章制度，检查医护质量。

(2)负责家庭病床诊疗工作的技术指导，解决家庭病床医务人员提出的困难问题。

(3)主持会诊和决定转诊工作。

(4)组织业务学习和病例讨论。

(5)协助院领导，做好思想政治工作和业务考核工作。

13.门诊中、西医师(士)职责

(1)在门诊主治医师(负责医生)领导下，负责门诊病人的诊疗业务工作。

(2)按分工担任值班、会诊、出诊等工作，并按要求认真书写病历、处方和各种记录，遇有传染病应及时填写疫情报告。

(3)在医疗中做到早期诊断、早期计划治疗。防止合并症、并发症和交叉感染的发生，对诊断不明和危、急、重症病人，要及时提出会诊和进行抢救治疗。

(4)努力钻研业务技术，做到一专多能，对前来就诊的病人要态度和蔼、检查认真、诊断正确、治疗得当。

(5)认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防医疗差错事故的发生。

(6)积极开展中西医结合和科研工作。参加院组织的各项业务、学术活动。

(7)负责对门诊护士和实习人员的业务指导；积极宣传防病治病、计划生育等卫生知识。

14.病房中、西医师(士)职责

(1)在病房主治医师(负责医生)的领导下，负责所分管病人的诊疗和抢救工作，并担任值班工作。

(2)病人住院后应立即检查，于24小时内完成病历书写，并提出必要的检查和处理意见，急、重症病人应及时处理。按时完成检诊、查房、各种医疗文件的书写和治疗工作。

(3)对住院病人在3日内必须做出正确诊断，对疑难危重病人和需要手术者应及时向上级医生请示、汇报，并注意和同级医生研究订出诊疗计划。

(4)随同上级医生查房，要做好查房前的准备工作，并记录和执行上级医生的意见，需转诊的病人，要做好转院前的准备工作。

(5)每天查房二次，对危重病人要经常巡视，严密观察病情变化，按时开写医嘱，并检查执行情况。

(6)认真学习运用中医中药和国内外先进医学科学技术成果，积极开展中西医结合

工作和新技术、新疗法。结合临床搞好科研工作，及时总结经验。

(7)认真执行各项规章制度和技术操作规程，亲自或指导护士进行各种重要的检查、治疗和处理，严防医疗差错事故的发生。

(8)随时了解病人的思想、生活情况，征求病人对医疗护理工作的意见，做好病人的思想工作。

(9)努力学习业务技术，不断提高医疗水平，并负责对护士和实习人员的业务指导。

15.家庭病床医生职责

(1)在院长、主治医师(负责医生)领导下，全面负责所管病人的医疗工作。

(2)按时完成患者的检查、治疗、病历书写和出床总结。

(3)及时提出会诊、转诊意见。

(4)了解患者思想、生活情况，协助患者解决因心理、社会因素造成的、影响医疗效果的思想认识问题和生活、护理上的困难。

(5)认真钻研业务技术，严格执行规章制度和技术操作规程，防止差错事故的发生。

16.护士长(组长)职责

(1)在正副院长领导下，负责全院护理工作，并协同门诊、病房主治医师(负责医生)搞好门诊与病房的管理，加强医护之间的配合。

(2)负责拟订护理工作计划，经院长批准后组织实施，并经常检查督促，及时总结经验，不断提高护理质量。

(3)负责检查各项医嘱、规章制度、操作规程、三级护理、消毒隔离制度及查对制度的执行情况。

(4)参加日常工作，负责病房、门诊护理人员的分工和排班、值班、休班等工作。

(5)对较复杂的治疗或护理工作，应亲自进行或指导、协助护士进行，组织护士参加抢救危重病人，制订护理计划，做好特殊检查、治疗、手术和会诊等准备工作。

(6)组织护理人员的业务学习和技术考核。

(7)经常了解病人思想情况，征求意见，不断改进护理工作。

(8)随同病房负责医生查房，参加会诊和病案讨论。

(9)负责对村卫生室的护理业务指导和培训工作。

17.门诊护士职责

(1)在护士长及门诊负责医生领导下负责门诊护理工作。

(2)认真做好诊前的准备工作，维持候诊室和诊室的秩序，按次序安排病人分批就诊。对危重病人应优先诊治，并通知医生抢救，在医生未到前，应尽力先行急救处理。

(3)对入院的病人作好体温、脉搏、呼吸、血压的检查，办理入院手续，并护送病人进入病房，防止中途发生意外事故，向病房护士详细交班。

(4)严格执行交接班制度，加强急救药品、器材的检查，在各项治疗中要严格执行查对制度和遵守操作规程，防止差错事故的发生。

(5)努力钻研护理技术，带教实习护士、护理员。

(6)协助护士长做好药品、器械、被服、病房用具等的管理工作。

(7)做好隔离消毒工作，防止交叉感染，指导工友搞好门诊清洁卫生。

(8)经常向来诊病人宣传防治疾病、妇幼卫生、计划生育等知识。

18.病房护士职责

- (1)在护士长和病房负责医生指导下负责病人的护理工作。
- (2)认真执行各项护理制度和技术操作规程，正确执行医嘱，准确及时地完成各项护理工作，严格执行查对及交接班制度，防止差错事故的发生。
- (3)做好基础护理工作，经常巡视病房，密切观察病情变化，发现异常及时报告和处理。
- (4)协助医生进行各种诊疗处置工作，参加危重病人的抢救，负责采集各种检验标本。
- (5)努力学习护理业务技术，负责指导实习护士和护理员的工作。
- (6)办理入院、出院、转院及有关登记工作。负责急救药品的保管和请领工作。

19.注射(处置)室护士职责

- (1)在护士长领导和医生的指导下，负责门诊病人的注射和各种处置工作。复杂伤口须在外科医生的指导下进行。
- (2)做好开诊前的准备，消毒好各种器械，备齐各种用品，放于固定位置。
- (3)根据医嘱(治疗单)负责门诊病人的注射、换药、导尿、尿道扩张、小缝合、切开等治疗工作。
- (4)严格执行各项规章制度、技术操作规程和医嘱，医嘱不清时，应询问清楚后再执行。
- (5)备好急救药品、器材，配合门诊各科室做好急重症病人的抢救工作。
- (6)经常保持室内清洁卫生，器械用后应及时清拭，每周对室内消毒一次。
- (7)负责注射用品、器械的清点、领取和保管工作。

20.手术室护士职责

- (1)在护士长领导下，担任巡回或器械护理等工作，并负责手术前的准备和手术后的整理工作。
- (2)认真执行各项规章制度和技术操作规程，注意病人安全，严防差错事故。
- (3)负责管理手术室所用药品、器械和敷料，保证整洁无菌，准确适用；经常保持室内整齐、清洁、安静。
- (4)负责手术后病员的包扎、保暖、护送和手术标本的保管、送检。
- (5)按分工做好器械、敷料的打包消毒，并做好登记统计工作。

21.供应室护士职责

- (1)在护士长领导下负责供应室的诊疗器材、敷料的清洗、包装、消毒、保管、登记、分发、回收等工作。
- (2)经常检查诊疗器材的质量，如有损坏及时修补或报废，并向护士长报告。
- (3)经常与临床科室联系，征求意见，改进工作。
- (4)认真执行各项规章制度和技术操作规程，积极开展技术革新，不断提高消毒供应工作质量，定期检查高压灭菌器的效能。鉴定器材和敷料的消毒效果，严防差错事故。
- (5)做好交接班，执行查对制度。

22.家庭病床护士职责

- (1)在院长、组长领导下，办理入、出床手续和有关登记、统计事宜。
- (2)按时完成医嘱，严格执行护理制度和护理技术操作规程，防止差错事故的发生。

(3)指导家属配合做好护理工作。

(4)负责家庭病床组物品器材的领取、保管和有关消毒隔离、疫情报告工作。

23.护理员职责

(1)在护士长领导和护士指导下，负责护理工作。

(2)担任病人生活护理和部分简单的基础护理工作。

(3)随时巡视病房，应接病人呼唤，协助生活不能自理的病人进食、起床活动及递送便器等。

(4)做好病人入院前的准备工作和出院后床单、铺位的整理以及终末消毒工作。负责被服等病房用具的管理。

(5)根据需要协助护送病人，运送物品及其它外勤工作。

(6)负责病房的卫生工作，无卫生员时，承担卫生员工作。

24.卫生员(清洁工)职责

(1)在后勤组长和护士长领导下，分工负责门诊、病房及病区周围的清洁卫生工作。

(2)担任门诊、病房的门窗、地面、床头柜及厕所的清洁工作，并保持经常整洁卫生。

(3)负责清洁和消毒病人的脸盆、茶具、痰盂、便器等用具。

(4)及时做好门诊、病房和病人的饮用水供应，按时协助厨房为病人开膳。

(5)根据需要协助护送病人，运送物品及其它外勤工作。

25.放射线工作人员职责

(1)在门诊或病房负责医生的领导下，分工负责透视、摄片和放射线诊断工作。

(2)负责机器的检修、保管和清拭工作。

(3)负责机器附件、药品、胶片等物品的请领、保管、使用及登记、统计工作。

(4)掌握机器的一般原理、性能、使用及投照技术，做好防护；严格执行各项规章制度和技术操作规程，防止差错事故的发生。

(5)努力学习业务技术，不断提高诊断符合率。

(6)轮流担任放射线急诊值班工作。

26.检验人员职责

(1)在门诊或病房负责医生的领导下，分工负责各项临床检验工作。

(2)负责采集检验标本，发送检验报告单。

(3)认真执行各项规章制度和技术操作常规，随时核对检验结果，严防差错事故。

(4)负责检验试剂、器材的请领、保管，检验试剂的配制，并做好登记统计工作。

(5)熟悉各种仪器的性能、使用，并负责保养和一般的检修工作。

(6)努力学习业务技术，不断提高检验质量。

(7)轮流担任值班工作。

27.心电图、超声波、理疗室人员职责

(1)在门诊或病房负责医生的领导下，分工负责本业务的诊疗工作，遇有疑难问题应与临床医生共同研究，不断提高心电图、超声波的诊断符合率。

(2)严格遵守各项规章制度和操作规程，严防差错事故；做好消毒隔离，防止交叉感染。

(3)掌握心电图机、心电示波器、超声波、超短波治疗机等仪器的一般原理、性

能、使用及特殊描记技术，做好保养工作，定期校正仪器。

(4)负责本科室仪器附件、药品、材料等的请领、保管、报销并做好登记统计工作。

(5)参加会诊和临床病例讨论。

28.药剂人员职责

(1)在药政组长(药房负责人)领导下，做好中、西药房的日常工作，按照分工负责药材(品)的预算、请领、分发、保管、采购、报销、回收、下送、登记、统计和药品制剂及处方调配等工作。

(2)担任收方、划价、药品质量检查和调剂、值班工作。

(3)认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格管理毒、麻、限剧药、贵重药品，防止差错事故。

(4)主动深入科室，征求意见，不断改进药品供应工作，检查科室药品使用、管理情况，发现问题，及时解决，并向负责人报告。

(5)努力学习业务知识，不断提高理论水平，严格执行查对制度。

29.医疗资料统计员职责

(1)在正副院长和医疗组长领导下，负责编报上级规定的报表和提供本院领导及科室需要的统计资料，做到及时、准确、完整无误地上报和显示工作。

(2)每天深入门诊、病房及有关科室收集工作日志及各种信息报表，分别整理、核对，进行登记。

(3)每日将门诊、病房及医技科室登记的原始资料分别进行统计，按日、月、季、半年、年度等分别对比分析，并做好疾病分类统计工作。

(4)督促各科室做好医疗统计和各项登记工作。

(5)负责住院病人病案的管理、保存和各项质量的分析工作。

(6)负责做好会议记录，行政业务文件的收发登记、转送传阅、立卷归档、利用和保管等工作。

(7)负责图书资料的保管、利用和报刊收发工作。

(8)努力学习业务，不断提高统计技术水平，保管好各种医学统计资料。

30.卫生防疫人员职责

(1)在正副院长和防疫组长领导下，分工负责卫生防疫工作。

(2)掌握卫生学、流行病学、健康检查和疫情统计分析等资料，制订防疫措施，及时做好传染病调查、登记、报告、隔离管理、疫点消毒工作。

(3)根据防疫工作计划，按期完成各项预防接种，搞好饮食卫生，除害灭病工作。

(4)积极参加和指导群众性爱国卫生运动，做好管水、管粪等卫生基本建设的技术指导工作。

(5)指导集镇、机关、厂矿、学校、居民区、公用事业、饮食服务行业的卫生工作，不断改善卫生条件和生活条件，做好安全生产并实行经常性卫生监督。

(6)开展卫生宣传教育工作，培训农村卫生防疫人员，不断提高防病治病技术水平。

31.妇幼保健人员职责

(1)在正副院长和妇幼组长领导下，分工负责妇幼保健门诊、出诊和病房工作。

(2)助产士负责正常产妇接产工作和异常生产的处理，做好接产准备，注意产程进

展和变化，遇产妇发生并发症或婴儿窒息时，应立即采取紧急措施，并报告医生或院领导。

(3)妇产科医师(士)、妇幼保健医师(士)、助产士，在门诊和病房应担任孕期检查、妇科病诊疗，严格执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。

(4)担任计划生育手术工作和计划生育技术指导工作。

(5)按分工负责分娩室(妇科治疗室)的药品、器材管理，保持清洁，定期进行消毒。

(6)负责外出接产和产后访视工作。

(7)培训农村接生员，搞好科学接生；负责农村妇幼保健室的管理和做好妇幼保健的指导工作。

32.会计职责

(1)在正副院长和后勤组长领导下负责会计预算、核算，严格执行各项经费开支标准，控制预算定额和消耗定额。

(2)负责各项会计事务处理，做到科目准确、数字真实、凭证完整、装订整齐、记载清晰、日清月结、报帐及时。

(3)及时正确地编制会计报表，做到帐表相符，认真分析，有情况，有说明，经院长核准，按时上报。

(4)经常检查收支情况，分析费用升降原因，提出改进意见，及时向领导反映情况。

(5)严格执行财经制度和纪律，及时清理债权债务，防止拖欠，控制赊帐，管好会计档案。

(6)监督有关人员确保各项财产物资不受损失，参加财务物资清查工作，核实库存，做到帐物相符。

(7)协助领导搞好经济管理，要经常深入科室检查物资保管情况，防止浪费，监督收费制度的执行，堵塞漏洞。并根据公费医疗制度负责审批和结算经费开支工作。

33.出纳员职责

(1)在后勤组长领导和会计的指导下，负责做好银行存款及库存现金收付，并随时记帐，每日终向会计提交银行存款及库存现金日报，做到日清月结。

(2)逐笔核对当日收付款项，随时核对库存现金和银行存款余额。超过限额库存现金，必须当日存入银行。

(3)做好各种有价证券及收据保管、发放和收据存根的回收保管工作。

(4)负责制定工资计划、发放职工工资。

(5)配合会计认真审核收支单据，严格报销手续，杜绝不合理开支。

(6)严格遵守财经纪律和现金管理制度，不得挪用公款，未经领导批准，不得支借他人。

34.收费员职责

(1)在后勤组长领导下，按分工负责做好门诊、住院病人各项医疗收款工作，根据药房处方计价，如数收费，拒绝赊欠、挂帐，做到应收必收，不跑票，不漏收。

(2)当日结算收入，并与药房、有关科室核对现金收入数目，在下班前结算帐款，核对无误后转入传票，及时交给出纳员。

(3)收款时唱收唱付，动作迅速，避免差错，提高工作效率。

(4)遵守现金管理制度，不得挪用公款，未经领导批准，不得支借他人。

(5)按公费医疗制度和合同单位规定办理登记、结算工作。

35.挂号员职责

(1)在门诊负责人与后勤组长领导下，负责挂号工作。

(2)按规定填写初诊病人门诊病历首页姓名、性别、年龄、地址等项目。

(3)必须做好当天挂号前与次日挂号的准备工作，如挂号卷、初诊门诊病历、挂号收据等并负责统计当日各科室就诊人次，报给统计员。

(4)负责门诊病历查找、传送、回收、整理、归档和管理工作的。

(5)每天向出纳员交挂号金额一次，换回挂号收据备次日用。

(6)对记帐处方，要凭病人医疗证填写清楚记帐单位和编号后发给记帐单，防止错记、漏记。

36.总务管理人员职责

(1)在院领导和后勤组长领导下，负责全院的物资供应、设备维修、病员职工膳食、房屋修建、院容整顿以及交通、水电和生活等管理工作，保证各项医疗卫生工作的顺利进行。

(2)对全院财产和物资要细心保管、定期清查、建立帐本，防止积压浪费、霉烂、损坏、变质、失窃。

(3)负责锅炉、水、电、木工等的组织管理工作及物资、燃料、垃圾的运输工作。

(4)经常征求病员、职工对膳食的意见和要求，做好病人的治疗饮食，严格执行《食品卫生法》，搞好食品卫生。

(5)勤俭节约、修旧利废、物尽其用，做好防火、防爆工作。

(6)经常深入科室，了解需求、使用情况，实行送货上门，并做到计划供应，满足需要。

(7)掌握所属范围的勤杂工人的思想、学习和工作情况及人员的调配使用等工作。

37.炊事员职责

(1)在后勤组长领导和总务管理人员的指导下，负责做好病员、职工的饮食工作，虚心听取意见，不断提高烹调技术和饮食质量。

(2)根据食谱和临床治疗的需要，按质按量制备膳食，保证按时供应，配合治疗，提高服务质量。

(3)精打细算，节约用粮、煤、柴、水、电，爱护公物；严格执行《食品卫生法》，保持厨房、饭堂内外清洁，职工和病人的食具要严格分开消毒，分别放置使用，严防交叉感染。

(4)负责准时做好夜班、新入院病人及迟下班人员的用餐。

(5)做好防火、防盗、防毒、防腐工作。

38.救护车司机职责

(1)在医疗组长、后勤组长的领导下，负责接送救护伤病员的工作，要坚守工作岗位，做到随叫随出车。

(2)定期保养车辆，做到勤检查、勤修理、勤清洁，保持车辆性能良好，保证随时都能出车。

(3)对伤病员及其家属要做到服务态度良好，并及时结算车费汇交出纳员。

(4)在行车中严守交通规则和操作规程，安全行车，要做到四慢(人街慢、转弯慢、过桥慢、会车慢)防止交通事故发生。

39.勤杂(洗衣)人员职责

(1)在后勤组长领导和总务管理人员指导下，分工负责公共环境卫生和各科室的被服、草席、布料等物的清洗、凉晒、煮沸消毒，防止交叉感染。

(2)对各科室送来换洗的被服、布料等要登记交接清楚，破烂的要及时缝补好，清洗后及时送回科室。

(3)清洁小件衣物，要小心洗、晒、防止散失。

(4)搞好清洁卫生及其它勤杂工作。

三、农村卫生院主要管理(参考)指标

1.工作量和效率指标要求:

(1)门诊:

①门诊人次与病床之比为 6:1(山区为 4:1)。没有病床编制的卫生院，其门诊工作量可参照门诊医生平均每小时门诊人次数计算。

②每个门诊医生平均每小时工作量 6~8 个门诊人次。

(2)病房:

①住院医生平均负担病床 15~20 张;

②实际病床使用率应达到 65~80%以上;

③平均病床周转次数每年 26~28 次;

④平均病床工作日为 240~260 天以上;

⑤陪住率应控制在 50%以下。

(3)医技科室:各医技科室正常运转，每年开放日应达到 308 天，具体要求如下:

①常见检验工作见附表 1

附表 1

常见检验工作

类别	项目	每人每天完成件数
血液	白细胞计数、白细胞分类、血红蛋白测定、红细胞计数、血小板计数、出凝血时间测定	40
体液	尿常规、尿三胆测定、尿酮体测定、大便常规、胃液常规	50
生化 肝功	胆红素测定、麝浊、锌浊、谷丙转氨酶、丙球测定、凝血酶元时间	55
生化 血化	血糖测定、尿氮测定、CO ₂ 结合力测定、钾、钠、钙、氯测定、肌酐测定	35
血清	肥达氏反应、抗 O 试验	20

②放射科：每人每天完成一个胃肠钡餐透视(相当 10 个胸透)，5 个照片(每片相当 3 个胸透)，20 个胸透；

③心电图：每人每天完成 10~15 人次；

④超声波：每人每天完成 8~10 人次；

⑤理疗：每人每天完成 15~20 人次。

(4)卫生防疫效率指标要求：

①发现甲类传染病应立即向县卫生防疫站报告，报告时间不得超过 12 小时，乙类传染病不得超过 24 个小时；

②计划免疫要达到全程、足量、适时、安全。接种率一般要求在 95~98%之间。伤寒三联疫苗在 85%以上。

(5)妇幼保健：

①科学接生率达到 90~95%；

②产前检查受检率应达到 90~95%；

③产后访视率应达到 90~95%；

④儿童健康检查的受检率应达 90%以上；

⑤卡介苗接种率应达到 98%。

2.质量指标：

(1)诊断质量指标：

①病历书写合格率达到 95%以上(按各省、市、自治区编印的《病历书写规范》要求)。

②门诊诊断与出院诊断符合率应达到 90%以上。

③入院初步诊断与出院诊断符合率应达到 95%以上。

④手术前诊断与手术后诊断符合率应达到 95%以上；(按各省、市、自治区编印的《常见疾病诊断与治愈标准》要求)。

⑤放射线诊断与临床诊断符合率应达到 85%(与外科手术诊断符合率要求达到 95%)以上；达到诊断要求的一级照片(位置正确，对比度、细密度良好，无错号及污影，可制版)、二级照片(位置尚好，主要部位无遗漏，对比度、细密度达到一般要求，有错号或污影)占 90%以上；不能达到诊断要求的废片率应控制在 1%以下。

⑥临床检验应做到形态检查正确，计算结果在允许误差范围内，与临床诊断符合率应达到 95%以上，见附表 2 常用检验和生化误差范围。

(2)治疗质量指标：

①治愈率一般应达到 75~80%以上；(按各省、市、自治区编印的《常见疾病诊断与治愈标准》要求)。

其中：内科治愈率为 65~70%以上；

外科治愈率为 85~90%以上；

儿科治愈率为 80%以上

妇科(含病理产科)治愈率为 80~85%以上。

②好转率应达到 15%以上；

③转院率控制在 3%以下；

附表 2 常用检验和生化误差范围

项 目	要 求
血红蛋白测定	氰化高铁法或沙利氏法误差率±10%
红白细胞计数	误差率±20%以内
血小板计数	误差率±25%以内
尿蛋白、酮体、糖定性	误差不超过一个加号(+)
尿 素	二乙酰-脲法误差率小于6%
尿 酸	误差率小于10%
总胆红素	碱性重氮胆红素法误差率小于12%
血钙测定	误差率小于4%
血氯测定	硝酸汞滴定法误差率小于3%
血钾测定	火焰光度法误差率小于3%
血钠测定	火焰光度法误差率小于2%
总 蛋 白	双缩尿法误差率小于4%
白 蛋 白	溴甲酚绿法误差率小于6%
肌 酐	苦味酸比色法误差率小于8%
胆 固 醇	L—B 反应直接法误差率小于14%
甘油三酯	对硝基酚法误差率小于15%
碱 磷 酶	对硝基酚法误差率小于20%
淀 粉 酶	淀粉碘比色法误差率小于12%
谷丙转氨酶	赖氏法误差率小于16%

④死亡率应控制在1%以下，新生儿死亡率控制在15~20‰以下，产妇死亡率控制在3/万以下；

⑤平均治愈住院天数为6~10天；

分科要求：内科12天，外科10天，儿科7天，妇产科5天。

⑥急危重症抢救成功率应在65%以上。(按各省、市、自治区制定的急危重症病抢救范围要求)

(3)损伤发生率控制指标：

①无菌手术感染率要求为零；

②医疗事故发生率要求为零；

③医疗差错发生率应控制在1%以下；

④输血、输液反应率控制在1%以下；

⑤局部注射感染化脓率要求为零；

⑥褥疮发生率应控制在1‰以下；

⑦新生儿破伤风发生率应控制在1‰以下；

⑧产妇感染率应控制在5‰以下；

⑨先兆子痫发生率应控制在3‰以下；

⑩不发生三度会阴破裂，一般会阴破裂率不超过1~3%。

(4)其它质量指标:

①药品制剂产品送检合格率应达到95%以上，大型输液合格率应达到80%以上，产品报废率应控制在5%以下；

②调配处方差错率应控制在1‰以下；

③中西药品划价准确率应达到90~95%以上；

④中药利润加成率应为23~25%，西药应为15~18%；

⑤中西药品耗损率不超过每月药品周转量的万分之二；

⑥药品统计正常误差不超过3%；

3.经济效益指标: 什么是医疗卫生部门的经济效益?目前还众说不一，也没有一个统一的效益指标要求，从近几年来医疗卫生部门实行经济管理的效果来看，这种经济效果只是一个综合性的效益指数之一，它说明了不断提高经济效益，不仅是生产、建设领域中的核心问题，也是医疗卫生工作中的核心问题。因此，我们在医疗卫生工作中讲经济效益，应该包括合理的人、财、物力投资，取得最佳的直接经济效益(防治效果)，也包括间接的经济效益，即属于健康、保健范围内所取得的效果，以满足人民群众和经济建设对医疗卫生工作不断增长的需要。目前各地可先从下列指标来衡量农村卫生院的医疗经济效益，并通过实践加以完善。

(1)业务费用率: 卫生院的业务支出，是为实现医疗工作所必须的人力、物力和财力的耗费。业务支出的多少，直接影响卫生院的经济效益，因此加强业务费用的控制，节省费用开支，降低费用支出水平，实现增收节支，是提高经济效益的一项重要措施。计算式如下:

$$\text{业务费用率} = \frac{\text{业务费用支出额}}{\text{业务收入额}} \times 100\%$$

它是医疗费用占业务收入的百分比，表明每完成一百元的业务收入要支出多少医疗费用，如在完成同等业务量的情况下，支出的费用越少，业务费用率越低，经济效益就越大，反之业务费用率越高，经济效益就越小。

但是，医疗费用的核算项目很多，从其与业务量的依存关系上来区分，又可分为直接费用(可变费用)和间接费用(相对不变费用)两种。直接费用是随业务量的变化而增减变动，和业务量的增减成正比。如中西药品、医用材料、医疗杂支等业务性支出。间接费用不受业务量变动的直接影响，在一定条件和一定时期内相对固定。如职工工资和办公杂支等公务费用。此外还有一些项目甚至与业务量增减无关，如药品损失，医疗减免等。因此，根据卫生院业务费用的支出情况，应当将与业务量增减无关的项目扣除后，再归纳为直接费用和间接费用两类来分别考查。

①直接费用率:

$$\text{直接费用率} = \frac{\text{直接费用支出额}}{\text{业务收入额}} \times 100\%$$

直接费用的增长低于业务收入的增长，表明完成同样多的业务收入，减少了直接费用的支出，则直接费用率下降，经济效益就好。反之，直接费用的增长高于业务收入的增长。表明完成同样多的业务收入，增加了直接费用的支出，则直接费用率上升，经济

效益就不好。

②间接费用率:

$$\text{间接费用率} = \frac{\text{间接费用支出额}}{\text{业务收入额}} \times 100\%$$

因为间接费用不随业务收入的增减变动而变动。用同样的间接费用，完成较多的业务收入时，则间接费用率下降，经济效益就好。反之，间接费用增加，完成的业务收入较少，则间接费用率上升，经济效益就不好。所以，业务费用率应作为考核卫生院经济效益的综合指标之一。

(2)业务收入增长率:在现阶段，国家对卫生院的经费补助仅是一小部分，卫生院防治工作所需的经费，主要靠向病人收取医药费用而形成的业务收入。因此，卫生院的业务收入就是卫生院全体职工完成医疗业务量的货币表现。它既反映业务工作量的增减情况，也反映经济的效益，故可用业务收入增长率作为检查考核卫生院经济效益的又一综合指标。计算式如下:

$$\text{业务收入增长率} = \frac{\text{实际业务收入} - \text{计划业务收入}}{\text{计划业务收入}} \times 100\%$$

但考虑到决定业务收入大小有两个因素，即业务量的增减和收费价格的高低。如完成业务量越高，价格越高，则收入额越大而业务收入增长率越高;反之，完成业务量越少，价格越低，则业务收入额越小而收入增长率越低。因此卫生院在组织业务收入时，必须以扩大医疗服务项目，增加防治业务数量等办法来增加业务收入，而不能以加重病人不合理的经济负担，提高收费价格去增加业务收入。在考核业务收入增长率时，应剔除受价格因素影响而增减的业务收入额，严格按照国家统一规定的收费标准来计算，才能真正反映医疗业务量的纯粹业务收入的增减变动情况。

此外，卫生院的业务量和业务收入主要是门诊与住院两大部分，也可以将上式分解为:门诊收入增长率和住院收入增长率，分别考核门诊与住院的经济效益。计算式如下:

$$\text{门诊收入增长率} = \frac{\text{实际门诊业务收入} - \text{计划门诊收入}}{\text{计划门诊收入}} \times 100\%$$

$$\text{住院收入增长率} = \frac{\text{实际住院业务收入} - \text{计划住院收入}}{\text{计划住院收入}} \times 100\%$$

这两个公式联系起来与上式相同，分解开来，可以做为卫生院内部考核各科室(如医技科室等)的经济效益指标。

(3)费用收入率:各项费用包括材料、电力、管理费用等等。费用收入率表明每百元费用能带来多少纯收入，它是消耗指标。费用支出越少，纯收入就增加，说明节约了物化劳动，提高了经济效益。计算式如下:

$$\text{费用收入率} = \frac{\text{纯收入}}{\text{各项费用支出}} \times 100\%$$

(4)职工年平纯收入指标:用此指标来考核卫生院每个职工在一年内能给国家和集体创造多少利润。如果没有纯收入，势必增加国家和卫生院的经济负担，这样就是不核算，不讲求经济效果，计算式如下:

$$\text{职工年平纯收入} = \frac{\text{纯收入}}{\text{全部职工人数}}$$

(5)药品加成率: 为了考核卫生院在执行价格政策条件下, 药品销售的经济效果, 通常使用药品加成率。它是药品的批零差价与药品批发价的百分比。采取加成率考核卫生院药品销售的经济效果, 可以促使卫生院加强和改善药品的采购、管理工作, 减少药品在保管、零售过程中的损失, 最大限度实现法定的加成经济效果。

4.主要质量指标计算式:

$$(1)\text{门诊与出院诊断符合率} = \frac{\text{门诊与出院诊断符合数}}{\text{出院病人数} - \text{无对照例数}} \times 100\%$$

$$(2)\text{入院与出院诊断符合率} = \frac{\text{入院与出院诊断符合数}}{\text{出院人数} - \text{无对照数}} \times 100\%$$

$$(3)\text{手术前后诊断符合率} = \frac{\text{术前与术后诊断符合数}}{\text{手术例数}} \times 100\%$$

$$(4)\text{抢救成功率} = \frac{\text{抢救后治愈和好转人数}}{\text{抢救病人总数}} \times 100\%$$

$$(5)\text{治愈率} = \frac{\text{治愈人数}}{\text{出院病人数}} \times 100\%$$

$$(6)\text{好转率} = \frac{\text{好转人数}}{\text{出院病人数}} \times 100\%$$

$$(7)\text{病死率} = \frac{\text{死亡人数}}{\text{出院病人数}} \times 100\%$$

$$(8)\text{转院率} = \frac{\text{转院病人数}}{\text{出院病人数}} \times 100\%$$

$$(9)\text{输血(液)反应率} = \frac{\text{发生反应人次}}{\text{输血(液)人次}} \times 100\%$$

$$(10)\text{无菌手术感染率} = \frac{\text{无菌手术感染数}}{\text{无菌手术次数}} \times 100\%$$

$$(11)\text{平均病床工作日} = \frac{\text{实际占用总床天数}}{\text{平均开放病床数}} \times 100\%$$

$$(12)\text{实际病床使用率} = \frac{\text{实际占用总床天数}}{\text{实际开放总床日数}} \times 100\%$$

$$(13)\text{平均病床周转次数} = \frac{\text{出院人数}}{\text{平均开放病床数}} \times 100\%$$

$$(14)\text{业务费用率} = \frac{\text{业务费用支出额}}{\text{业务收入额}} \times 100\%$$

$$(15)\text{直接费用率} = \frac{\text{直接费用支出额}}{\text{业务收入额}} \times 100\%$$

$$(16)\text{间接费用率} = \frac{\text{间接费用支出额}}{\text{业务收入额}} \times 100\%$$

$$(17)\text{业务收入增长率} = \frac{\text{实际业务收入} - \text{计划业务收入}}{\text{计划业务收入}} \times 100\%$$

$$(18) \text{费用收入率} = \frac{\text{纯收入}}{\text{各项费用支出}} \times 100\%$$

$$(19) \text{职工年平纯收入} = \frac{\text{纯收入}}{\text{全部职工人数}}$$

$$(20) \text{药品加成率} = \frac{\text{药品批量差价余额}}{\text{库存药品余额} - \text{药品批量差价余额}} \times 100\%$$

$$(21) \text{划价符合率} = \frac{\text{处方总数(总金额)} - \text{划错处方数(金额)}}{\text{处方总数(总金额)}} \times 100\%$$

四、农村卫生院基本药物名单(不含中药饮片)

西药制剂(261种)

1.麻醉药(8种)

(1)全麻药(3种): 麻醉乙醚、氯胺酮、硫喷妥钠

(2)局麻药(3种): 地卡因、普鲁卡因、利多卡因

(3)肌肉松弛剂及其对抗剂(2种): 氯化琥珀酰胆碱(司可林)、甲基硫酸新斯的明

2.安眠镇静药(7种):

利眠宁、安定、安宁(眠尔通)、苯巴比妥(鲁米那)、谷维素、刺五加、安眠酮

3.抗癫痫药(3种):

苯妥英钠、扑癫酮(美索林)、酰胺咪嗪(痛可宁、卡马西平、痛惊宁)

4.抗精神病药(3种):

盐酸氯丙嗪、奋乃静、泰尔登

5.解热、镇痛、抗风湿药(10种):

复方乙酰水杨酸、消炎痛、强筋松、炎痛喜康、去痛片、安痛定、安乃近、扑热息痛、柴胡注射液、速效感冒丸(速效感冒胶囊)

6.镇痛药(4种):

磷酸可待因、盐酸哌替定(度冷丁)、强痛定、盐酸吗啡

7.抗震颤麻痹药(3种):

金刚烷胺、右旋多巴、氢溴酸东莨菪碱

8.中枢兴奋药(7种):

安钠加、可拉明、山梗菜碱(洛贝林)、美解眠、氯脂醒、克脑迷、回苏林

9.心血管系统用药(26种):

(1)抗休克药(5种): 肾上腺素、多巴胺(3-羟酪胺)、异丙肾上腺素、间羟胺(阿拉明)、重酒石酸去甲肾上腺素

(2)抗心律失常药(3种): 异博定、心得安、乳酸心可定

(3)抗高血压药(8种): 地巴唑、氯压定(可乐宁)、复方降压片、硫酸镁、硝普钠、利血平、复方罗布麻、降压灵(罗夫木)

(4)治疗心功能不全药(3种): 狄戈辛、西地兰、毒毛旋花子甙K

(5)抗心痛及降血脂药(7种): 潘生丁、复方丹参、丹参、硝酸甘油、烟酸肌醇脂、

脉通、益寿宁

10.作用于呼吸系统的药(12种):

必咳平、氨茶碱、异丙基肾上腺素(喘息定)、舒喘灵(喘乐宁)、复方甘草片(含阿片)、伤风止咳糖浆、咳必清、盐酸麻黄素、糜蛋白酶、咳特灵、四季润喉片、薄荷喉片

11.消化系统用药(29种):

(1)制酸药(7种): 氢氧化铝凝胶、胃舒平、碳酸氢钠、乐得胃、胃得乐、丙谷胺、甲氰米呱

(2)解痉药(3种): 硫酸阿托品、颠茄片、普鲁苯辛

(3)止吐药(1种): 胃复安(止吐灵)

(4)助消化药(4种): 乳酶生、胰酶、酵母、多酶片

(5)泻药(3种): 液体石蜡、开塞露、甘油栓

(6)止泻药(2种): 次碳酸铋、鞣酸蛋白

(7)利胆药(3种): 利胆素、去氢胆酸、利胆醇

(8)肝病用药(6种): 肝泰乐、肝宁(水解肝素)、谷胺酸、肌苷、谷氨酸钠、腺苷辅酶 B₁₂

12.利尿和脱水药(7种):

呋喃苯尿胺(速尿)、双氢克尿塞、醋氮酰胺(乙酰唑胺)、安体舒通、甘露醇、山梨醇、氨苯喋啶

13.作用于子宫药(2种):

催产素、麦角新碱

14.血液及血液系统用药(19种):

(1)抗贫血药(2种): 硫酸亚铁、叶酸

(2)止血药(7种): 安络血、止血敏、6-氨基己酸、止血环酸、脑垂体后叶素、维生素 K、明胶海绵

(3)抗凝血药(2种): 肝素、硫酸血精蛋白

(4)升白细胞及血小板药(5种): 鲨肝醇、利血生、维生素 B₄、水牛角片、灯心止血糖浆

(5)血浆及代用品(3种): 706代血浆、低分子右旋糖酐、中分子右旋糖酐

15.抗组织胺药(4种):

扑尔敏、苯海拉明、异丙嗪(非那更)、苯海拉明(乘晕宁)

16.激素类及内分泌系统用药(17种):

(1)肾上腺皮质激素及其它(5种): 氢化可的松、醋酸泼尼松龙(强的松龙)、地塞米松(氟米松)、抗炎松、醋酸泼尼松(强的松)

(2)糖尿病用药(3种): 优降糖、苯乙双胍(降糖灵)、胰岛素

(3)甲状腺及抗甲状腺用药(2种): 甲硫咪唑(他巴唑)、甲基硫氧嘧啶

(4)蛋白同化激素(2种): 苯丙酸诺龙、丙酸睾酮

(5)性激素(5种): 黄体酮、乙烯雌酚、苯甲酸雌二醇(求偶素)、妇康、绒毛膜促性腺激素

17.抗感染药(25种):

(1)抗生素(13种):青霉素G、氨苄青霉素、先锋霉素、链霉素、庆大霉素、卡那霉素、新霉素、多粘菌素B、红霉素、麦迪霉素、氯霉素、四环素、土霉素

(2)抗真菌药(2种):制霉菌素、克霉唑

(3)磺胺类及抗菌增效剂(3种):复方新诺明、甲氧苄胺嘧啶(磺胺增效剂)、磺胺嘧啶

(4)抗结核药(4种):乙胺丁醇、利福平、异烟肼(雷米封)、对氨基水杨酸钠

(5)其它抗菌药(2种):黄连素、呋喃唑啉

18.抗寄生虫病药(4种):

盐酸左旋咪唑、驱蛔灵(枸橼酸哌嗪)、灭滴灵、滴维静

19.抗肿瘤药(3种):

盐酸氮芥、环磷酰胺、5-氟脲嘧啶

20.维生素及其它(7种):

维生素AD滴剂、鱼肝油丸、维生素B₁、B₂、B₆、C、D₂、E、B₁₂、复合维生素B、烟酸、芦丁、维磷补汁

21.调节水电解质、酸碱平衡、输液及其它(15种):

葡萄糖、葡萄糖氯化钠、氯化钠、复方氯化钠、葡萄糖酸钙、氯化钾、注射用水、苯甲醇注射液、复方氨基酸、乳酸钠、三磷酸腺苷、辅酶A、细胞色素C、口服补液盐

22.解毒药(3种):

亚甲兰、解磷啶、硫代硫酸钠

23.生物制品及其它(2种):

破伤风抗毒素、人胎盘血丙种球蛋白

24.外用药及眼、耳、鼻科用药(41种):

肤轻松霜、氧化锌软膏、克霉唑膏、四环素软膏、土霉素软膏、红霉素膏、烧伤膏、强的松膏、脚气灵、止痛消炎膏、鱼石脂软膏、黑豆榴油膏、鸡眼膏、风油精、龙胆紫(紫药水)、红汞、烯酸癣药水、双氧水、新洁尔灭、软皂、凡士林、羊毛脂、伤湿止痛膏、酒精、万花油、碘酒、土霉素眼膏、四环素眼膏、红霉素眼膏、四环素可的松眼膏、可的松眼膏、氯霉素眼药水、斑马眼药水、吗啉胍眼药水、可的松眼药水、白内停眼药水、无环乌苷滴眼液、氯霉素滴耳油、复方新诺明滴耳油、碘甘油、鼻眼净

中成药(70种):

牛黄上清丸、冠心苏合丸、大活络丸、小活络丹、舒心活血片、三七片、天麻丸、稀签丸、木瓜丸、虎骨酒、紫雪丹、安宫牛黄丸、银翘解毒丸(片)、藿香正气丸(水)、牛黄解毒丸、牛黄上清丸、槐角丸、脑乐静、六味地黄丸、锁阳固精丸、柏子养心丸、知柏地黄丸、养血安神丸、人参归脾丸(膏)、人参荣桂丸、补中益气丸、十全大补丸、香砂平胃丸、三至丸、清肺止咳糖浆、二冬膏、雪梨膏、痰咳净、木香顺气片、元胡止痛片、舒肝丸、金酸茎糖浆、乌鸡白凤丸、益母草膏、妇科止带膏、明目地黄丸、云南白药、跌打丸、七厘散、麝香虎骨膏、六神丸、小儿奇应丸、京万红、当归养血膏、龟龄膏、鼻炎片、枇杷止咳糖浆、四制香附丸、肥儿糖浆、小儿化痰止咳冲剂、生脉饮、喉痛解毒片、银花露、杞菊地黄丸、首乌片、壮腰健肾丸、香砂六君丸、婴儿

素、陈香露白露、健脾八珍膏、双宝素、山楂冲剂、神农药酒、人参再造丸、脑立清

附录二

关于印发“初级卫生保健合作中心”、 “农村卫生示范县”目标管理的通知

广东、广西、浙江、山东、陕西、辽宁、黑龙江、四川、新疆、内蒙古、上海、天津省、自治区、直辖市卫生厅(局):

现将《1990年初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县初级卫生保健最低限标准》、《1988年至1990年初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县工作评价指标》和《农村三级卫生情报信息工作方案》印发给你们,请先在“合作中心”、“示范县”试行。省、自治区、市初级卫生保健试点县及世界银行贷款县可参照试行。

《评价指标》和《最低限标准》均系“起点”的基本要求,各地在试行中应根据本地区的实际情况,研究制定相应的“指标”和“标准”,在现有的基础上把初级卫生保健工作提高到新的水平。在试行中要注意发现问题,研究对策,为逐步在全国执行,提供借鉴经验。

附件:1、《1990年初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县初级卫生保健最低限标准》

2、《1988年至1990年初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县工作评价指标》

3、《农村三级卫生情报信息工作方案》

卫 生 部

一九八八年六月十七日

抄送:有关省、自治区、直辖市卫生厅(局)

1990年“初级卫生保健合作中心”和“农村卫生示范县”初级卫生保健最低限标准

(试行稿)

为加速发展我国农村卫生事业，实现2000年人人享有卫生保健的目标，有必要实行阶段目标管理，制定相应的评价指标和工作程序，明确进度要求。现根据各地农村卫生工作的实际水平，参考1981年世界卫生组织提出的可供选用的四大类指标(卫生政策指标、社会和经济指标、卫生保健指标、健康指标)及12项最低限度指标，制定了《1990年“初级卫生保健合作中心”和“农村卫生示范县”初级卫生保健最低限标准》，力求使各“合作中心”、“示范县”的农村卫生事业有较快的发展和提高，为全面实现本世纪末初级卫生保健的各项任务，达到“人人享有卫生保健”的目标，发挥示范作用。

最低限标准

- (1)县(市、旗)政府对卫生事业的拨款占财政总支出的8%以上，其中用于乡、村两级的部分应占25%以上；
- (2)行政村卫生室覆盖率100%，合格村卫生室数占卫生室总数的70%；
- (3)每千农业人口有乡村医生1.5人，卫生保健员1人；
- (4)集资医疗人口复盖率50%；
- (5)安全水普及率85%；
- (6)卫生厕所普及率60%；
- (7)食品卫生合格率80%；
- (8)孕产妇系统管理普及率80%；
- (9)周岁儿童四苗单苗接种率85%；
- (10)周岁儿童卫生保健普及率80%；
- (11)婴儿死亡率25‰；
- (12)孕产妇死亡率3/万；
- (13)法定报告传染病发病率700/10万；
- (14)乡(村)办企业劳动卫生合格率60%；
- (15)地方病(含血吸虫病)达到控制区工作标准。

关于指标的解释

(1)指县(旗、县级市,下同)政府年度财政拨款,不含集体经济组织的经济支持和个人支付的卫生费用。乡、村两级卫生费用主要用于发展初级卫生保健事业。

(2)“合格村卫生室”系指有专用的符合使用要求的房屋;基本设备;至少有一名持有证书的乡村医生,有一名女乡村医生或女卫生员;能提供基本药物和适宜的技术服务;全面承担预防保健、医疗、计划生育宣传与指导、健康教育及卫生信息等项工作任务。

(3)乡村医生指经考试合格获得证书者。

(4)指具有一定社会保障性质的医疗保健制度,群众可以得到必需的医疗和预防保健服务,能有效地防止因病致贫。

(5)指为居民提供的饮用水在感官指标、氟、碘等微量元素及细菌学指标达到国家饮用水标准,或经相应处理后达到标准。

(6)指厕所所有棚有盖,粪池(坑)不渗不漏,经常保持厕内清洁。逐步实行粪便无害化处理。

(7)指符合中华人民共和国国家标准及有关规定。

(8)指自妊娠第三个月至分娩期间至少进行五次产前检查;产后42天内至少随访三次。各次检查及随访须填写管理卡,同时进行各种异常情况的处理。

(9)指出生后12个月内接种“四苗”单苗的百分比。

(10)指儿童出生至一周岁内至少进行过四次健康检查(包括新生儿随访)。

(11)指一年内每一千名活产婴儿死亡数(活产婴儿系指具有呼吸、心跳、脉搏、肌肉抽动四种生命现象之一者)。

(12)指一年内每一千名孕产妇从妊娠至分娩后42天内,由于各种原因引起的死亡数。其中不含意外事故及行节育手术的手术事故和手术意外致死数。

(13)指每10万人口中,一年内19种法定报告传染病的发病总人数。

(14)指乡镇企业中主要职业危害因素达到国家卫生标准或有关规定的百分率。

(15)指达到卫生部颁发的各种地方病的控制标准。

关于“标准”的说明

本标准是宏观控制方面的最低限度要求,各合作中心、示范县要根据目前的实际水平确定自己的标准,并力求达到尽可能高的水平。

世界银行贷款县及各省、市、自治区初级卫生保健试点县亦可参照本标准制定本县的标准。

1988年至1990年“初级卫生保健合作中心” 和“农村卫生示范县”工作评价指标

(试行稿)

为贯彻党的十三次代表大会精神，进一步加快和深化农村卫生改革，促进农村卫生事业的发展。特制定《1988年至1990年“初级卫生保健合作中心”和“农村卫生示范县”工作评价指标》。通过评价工作，加速“合作中心”和“示范县”卫生建设的发展，为开拓农村卫生事业发展的新途径，实现“2000年人人享有卫生保健”发挥全面的示范作用。

评价指标

1.县(旗、县级市，下同)、乡政府及有关领导已成为实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标的组织者。

(1)各级政府对实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标作出承诺，将初级卫生保健工作纳入政府工作目标和议事日程，并将主要健康指标列入社会经济发展规划。

(2)县、乡两级政府及村民委员会主要领导把初级卫生保健列入任期目标。

(3)在县、乡政府领导和监督下，计划、财政、民政、城建、农业……等部门与卫生部门协调一致，为实现政府的卫生事业发展目标，承担相应的责任。

(4)县、乡人民代表大会审议县、乡卫生事业发展规划和年度计划，定期听取政府的工作报告，组织人民代表视察，发挥监督作用，保证初级卫生保健工作的顺利发展。

2.在改革方针的指引下，建立了高效能的管理机构和科学管理体制，全面实现目标管理。

(1)为实现《1990年“合作中心”、“示范县”初级卫生保健最低限标准》，应结合本地实际情况，制定阶段目标(分期目标)、年度计划和实施办法。

(2)在实施规划与计划中实行了目标管理，做到了目标明确、分工清楚、责任到人。

(3)定期考核评价管理机构和管理干部的职能作用。

3.三级初级卫生保健网的作用得到充分发挥。

(1)县、乡、村三级机构健全，组织巩固，队伍稳定，能完成本级医疗、预防、保健和康复等任务，并不断提高技术水平和服务水平。

(2)各级各类卫生机构在实施初级卫生保健工作中，以纵向的逐级指导和横向的联合与协作，形成了灵活有效的网络系统，充分利用现有的卫生资源，向农村居民提供必需的卫生服务。

(3)在地方政府领导下，不断深化卫生改革，建立与我国社会主义初级阶段社会经济文化水平相适应的基层卫生组织和医疗保健制度，使农村居民摆脱因病致贫的威胁，在卫生与健康方面得到基本的社会保障。

(4)乡村医生素质不断提高,乡村医生培训纳入了中等医学教育或职业卫生教育的轨道。

4.全面普及健康教育,提高了自我保健和家庭保健能力。

5.建立了农村卫生情报信息系统。

(1)培养、建立了县、乡、村三级卫生情报信息队伍。

(2)建立了县卫生情报信息中心和分布于各级各类卫生机构的情报信息网络,实现了科学的信息管理。

(3)初步发挥了卫生信息工作的作用,为卫生事业管理和领导干部的决策提供客观依据。

关于“评价指标”的说明

为加强对农村卫生事业的宏观管理,间接管理而制定的《评价指标》只是原则要求,各县开展评价工作中,应建立自己的评价指标体系和相应的评价方法。

“评价指标”亦适用于世界银行贷款县和各省、市、自治区的初级卫生保健试点县。

农村三级卫生情报信息工作方案

(试行稿)

1.农村三级卫生情报信息工作的任务

- (1)收集、整理、传递、贮存、检索农村卫生事业的各方面信息。
- (2)为各级卫生部门制订卫生发展规划和年度计划以及为领导决策提供依据。
- (3)通过农村卫生情报信息的传递和交流,沟通卫生部门和社会各部门之间的联系,为实施初级卫生保健和促进农村卫生事业发展服务。

2.农村三级卫生情报信息统计工作内容

(1)三级卫生情报信息统计内容

- ①卫生事业基本情况
- ②医院工作情况
- ③人群健康情况
- ④妇幼保健、计划生育情况
- ⑤卫生防疫情况
- ⑥与卫生有关的社会经济情况

(以上各项统计,原则上按现行登记表填报)

(2)三级卫生情报信息综合上报内容

- ①卫生事业基本情况
- ②居民健康状况
- ③卫生服务与利用情况
- ④预防保健工作情况
- ⑤与卫生有关的社会经济情况

(3)对当地的统计资料做出年度分析,包括纵向和横向的具体分析。通过分析,认识事物的发展规律及其影响因素,找出干扰卫生事业发展、危害人民健康的主要问题,并提供给当地政府和有关部门。

纵向分析是指对各种数据进行时间、空间上的比较分析,并用各种图表显示出来。对一切数据的消涨及可能出现的各种变化趋势做出科学、客观的解释。

横向分析是各项指标值与同一时期国内、省内、本地区内先进水平进行比较。并对照找出与“1990年中国农村初级卫生保健最低限标准”和本地区初级卫生保健规划指标之间的差距。

关于以上两个方面的分析均应按年度计划和规划执行时间做出文字总结,并报当地主管部门。

(4)县级卫生情报信息工作内容还应包括搜集国内外有关卫生情报资料,诸如开展初级卫生保健的适宜技术、卫生改革成果、卫生管理资料及实用医学科学成就等,供有

关人员参阅。

3.农村卫生情报信息机构

农村卫生情报机构应与三级医疗卫生保健网相适应，分别在县、乡、村三级设立卫生情报信息机构。

(1)县级

①县卫生局设卫生情报信息办公室，业务上接受上级业务部门和县信息中心指导。其任务是：

- (a)负责全县卫生情报信息的搜集、整理、传递、反馈、贮存和检索。
- (b)制定全县卫生情报信息发展规划和年度计划。
- (c)对全县卫生情报信息工作进行技术指导和督促、检查、评价等工作。
- (d)负责与有关部门交换卫生情报信息。
- (e)按时向县卫生局呈报规定的统计表及综合信息资料。

②县级卫生机构(含院、站、校、所)设卫生情报信息室，配专职人员1~2名，负责本单位的情报信息工作，并定期向县卫生情报信息办公室呈报规定的报表和综合信息资料，与同级单位交换情报信息，为本单位领导和有关科室提供信息资料。同时负责指导检查乡卫生信息工作，培训乡卫生情报信息人员。

(2)乡级：乡卫生院设卫生情报信息室，配专(兼)职人员一名，受乡卫生院领导，业务上接受县和乡信息办公室的指导。负责搜集、整理、分析、传递、贮存、检索本乡的卫生情报信息资料，及时准确地向信息办公室呈报规定的报表，负责指导、检查村卫生所情报信息点的工作，培训村的兼职卫生情报信息员。

(3)村级：村卫生所内设兼职卫生情报信息员。信息员要按上级要求实事求是地按时准确填写统一制定的表、卡、簿、册，搜集、贮存、上报规定的报表和有关的卫生情报信息资料。

4.对农村三级卫生情报信息工作人员的要求

(1)坚持党的基本路线，认真贯彻党的卫生工作方针、政策，严格执行《统计法》和《统计法实施细则》，热爱信息工作。

(2)坚持科学的态度、严谨的作风和求实的精神，及时、准确、迅速地搜集、整理、填报各种报表。

(3)努力学习统计学基本知识，熟练掌握统计技术和统计方法，不断提高业务，适应工作需要。

(4)了解相关学科的基本知识，掌握信息工作动态。

(5)具有综合分析能力，能够写出分析报告，及时提供给有关部门。

5.农村三级卫生情报信息工作所需的基本设施

(1)县卫生情报信息办公室

①有专用的房屋，包括微机室、信息显示室、资料室、办公室和辅助房间。条件暂时不具备的，应一方面积极创造条件，一方面从实际出发，一室多用，开展工作。

②至少有一台微机。

③有复印机、照像机等。

④有统计器材和办公用品等。

(2) 县级卫生机构（含院、站、校、所）信息室

- ① 有专用房屋，信息显示室与办公室最好分开。
- ② 要有统计工具和办公用品。

(3) 乡卫生情报信息室

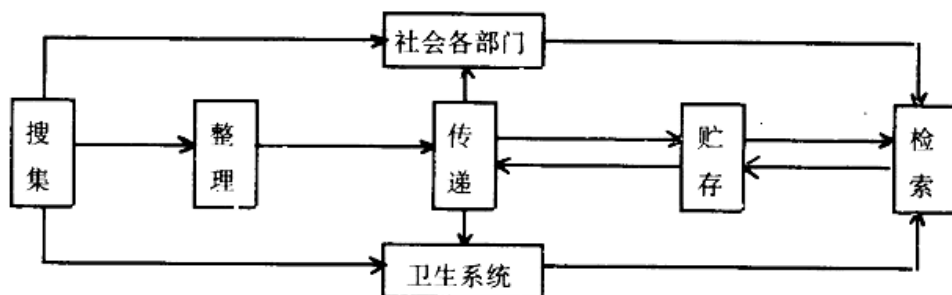
- ① 应有一间专用办公房屋，保管档案资料和设置信息显示板。
- ② 要有统计工具和办公用品。

(4) 村卫生情报信息点

- ① 应有县卫生情报信息办公室统一制定的村卫生情报信息显示板。
- ② 表、卡、簿、册应齐备。
- ③ 要有统计工具和办公用品。

6. 农村三级卫生情报信息工作的程序

农村三级卫生情报信息工作基本程序如下图：



7. 农村三级卫生情报信息工作的评价

(1) 评价的目的：通过评价达到发现问题，修正计划，完善措施，总结经验，提高工作效率的目的。

(2) 评价的方法

- ① 各级要在年初确定阶段性评价和年度评价的时间、规模和指标。
- ② 各级要根据评价指标做好自身的评价工作，并能写出评价报告。
- ③ 上级主管部门要对下级进行评价，并做出结论。同时提倡同级之间相互评价，不断促进信息工作的发展。

(3) 评价的内容

- ① 情报信息的准确程度、误差率。
- ② 情报信息搜集与反馈的及时程度；是否在规定时间内搜集了信息；是否按时报出了信息；延误报出时间和原因。
- ③ 情报信息的实用程度，所报的信息被上级采用了多少件。哪几个方面的情报信息对本地区的防保、医疗工作发挥了指导作用。
- ④ 自身建设程度的评价。按要求有无专用房屋、设备和人员，各种表、卡、簿、册及人员的业务水平如何。
- ⑤ 情报信息工作完善程度。应搜集的信息项目是否全面无遗漏；是否按要求进行加工整理；是否写出了分析报告；是否取得了应有的效益。

(4)评价的程序

- ①组成评价小组。
- ②制定评价指标和标准(可以采用打分法)。
- ③根据标准进行自我评价。
- ④在上级指导下进行相互评价,根据得分的多少评出先进单位。
- ⑤做出评价结论。

8.制定县级卫生情报信息工作发展规划和年度计划

发展规划和年度计划应由县卫生情报信息办公室制定,并报主管部门批准。

县卫生情报信息工作规划与计划要为实现本地区初级卫生保健的规划和本级卫生工作计划服务。要依据县卫生发展概略规划和本专业存在的主要问题,结合实际资源条件,确定发展目标,制定工作规划与计划。

年度计划是将所制定的规划加以分析、确定阶段目标、制定出本年度的工作计划,以保证规划的按期完成。

乡卫生情报信息室和村卫生情报信息点,要根据县卫生情报信息规划和年度计划及本级的工作任务,制定出自己的年度工作计划。